

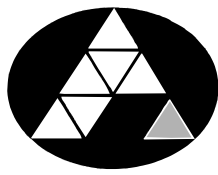
POHJOIS-KARJALAN AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaalialan johtamisen ja kehittämisen koulutusohjelma
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Ritva Rätty

”Hoitaja ei jouva pitämään ulkona”
**ASIAKASLÄHTÖISEN KOTIHOITOTYÖN KEHITTÄMINEN LEPPÄ-
VIRRRAN KUNNASSA**

Opinnäytetyö

Marraskuu 2012



POHJOIS-KARJALAN
AMMATTIKORKEAKOULU

OPINNÄYTETYÖ

Marraskuu 2012

Sosiaalialan johtamisen ja kehittämisen koulutusohjelma

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Tikkarinne 9

80200 JOENSUU

p. (013) 260 6600

Tekijä

Ritva Rätty

Nimeke

”Hoitaja ei jouva pitämään ulkona”

Asiakaslähtöisen kotihoitotyön kehittäminen Leppävirran kunnassa

Toimeksiantaja Leppävirran kunta

Tiivistelmä

Tämän opinnäytetyön tehtävänä oli kehittää asiakaslähtöistä kotihoitotyötä Leppävirran kunnassa. Työn tarkoituksena oli toimintatutkimuksen keinoin selvittää, miten asiakaslähtöisyyttä voidaan parantaa sekä luoda yhteiset työskentelyä ohjaavat toiminta- ja menettelytapaohjeet kotihoitoon. Työkokouksista ja kotihoidon henkilöstöltä kerätyn aineiston analysoinnissa käytettiin sisällönanalyysia.

Kotihoidontyöntekijöiden näkökulmasta katsottuna opinnäytetyön keskeinen tulos oli, että asiakaslähtöisyys on yksi keskeinen toimintaa ja työnsisältöä ohjaava periaate, mitä ei kuitenkaan voida toteuttaa täysimääräisenä. Asiakaslähtöisyyden tärkeinä kehittämiskohteina nähtiin palvelujen turvaaminen ja resurssien riittävyys.

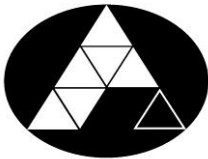
Tuloksia voidaan hyödyntää muun muassa kotihoidon omahoitajuuden suunnitteluun ja kehittämiseen. Lisäksi yhdessä sovittuja ja kirjattuja toiminta- ja menettelytapaohjeita voidaan käyttää myös uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdytykseen. Tulokset sellaisinaan eivät ole siirrettävissä vastaavanlaiseen toiminta- ja työympäristöön.

Kieli
suomi

Sivuja 59
Liitteet 3
Liitesivumäärä 5

Asiasanat

kotihoito, asiakaslähtöisyys, vanhustenhuollon palvelut

 <p>NORTH KARELIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES</p>	<p>THESIS November 2012 Degree Programme in Development Management of Social Welfare Work (Master's Degree) Tikkarinne 9 FIN 80200 JOENSUU FINLAND Tel. 358-13-260 6600</p>
<p>Author</p> <p>Ritva Rätty</p>	
<p>Title</p> <p>“The nurse is too busy to keep me out”</p> <p>The developing of Customer-Oriented Domiciliary Care in the Municipality of Leppävirta</p>	
<p>Abstract</p> <p>The task of this thesis was to develop customer- oriented domiciliary care in the municipality of Leppävirta. The purpose of the work was to clarify how customer orientation can be improved with the methods of the activity analysis and to create common instructions to direct a way of action and a procedure in the domiciliary care. In the analysis of the material that was collected from the work meetings and from the staff of the domiciliary care, a content analysis was used.</p> <p>The central result of the dissertation was that customer orientation is one of the main principles that direct operation and work contents seen from the point of view of the workers of the Domiciliary care. Furthermore, the security of the services and the adequacy of the resources were seen as important subjects of development of the customer orientation.</p> <p>The results can be utilized in planning and developing personal nurse plans. Furthermore, the way of action and the procedure instructions, agreed on and recorded together, can also be used for the familiarizing of the new workers and students. The results as such cannot be moved to a similar operation environment and working environment.</p>	
<p>Language</p> <p>Finnish</p>	<p>Pages 59</p> <p>Appendices 3</p> <p>Pages of Appendices 5</p>
<p>Keywords</p> <p>home care, client-oriented care, services of elderly care</p>	

SISÄLTÖ
TIIVISTELMÄ
ABSTRACT

1 JOHDANTO	6
2 VANHUSTENHUOLLON RAKENNEMUUTOS JA AVOPALVELUIDEN KEHITTÄMINEN	7
2.1 Kotihoito osana vanhusten avopalveluita	9
2.2 Kotihoidon muutospainet	12
2.3 Kotihoidon saatavuus, laatu ja kehittäminen	13
2.4 Aikaisemmat tutkimukset kotihoidossa	14
3 KUNNALLINEN KOTIHOITOTYÖ MUUTOKSESSA	16
3.1 Tutkimuksen yhteiskunnallinen ajankohtaisuus	16
3.2 Miksi kotihoitotyön kehittämistä tarvitaan	17
3.3 Ikääntymisen haasteet Leppävirralla	20
3.4 Vanhusten kotihoito Leppävirran kunnassa	22
4 ASIAKASLÄHTÖISYYS	25
5 OPINNÄYTETYÖN TEHTÄVÄ JA TARKOITUS	27
6 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TOTEUTUS	28
6.1 Keskeiset toimijat ja tehtävät	28
6.2 Menetelmänä toimintatutkimus	29
6.3 Tutkijan rooli toimintatutkimuksessa	31
6.4 Toimintatutkimuksen reflektiivisyys ja spiraalimaisuus	32
6.4.1 Ensimmäinen työkokous	33
6.4.2 Toinen työkokous	35
6.4.3 Kolmas työkokous	35
6.5 Tutkimusaineisto ja sen keruu	36
6.5.1 Lähtötilanteen kartoitus	37
6.5.2 Kotona asuvat ikäihmiset ja kotihoidon henkilökunta	38
6.5.3 Kehittämistyöhön osallistuneiden kyselyt ja haastattelut	38
6.6 Aineiston analyysi	39
7 TULOKSET	42
7.1 Asiakaslähtöisen kotihoidon kehittäminen	42
7.2 Toiminta- ja menettelytapaohje	45
8 POHDINTA	46
8.1 Tulosten tarkastelua	46
8.2 Kehittämisprosessin tarkastelu	48
8.3 Luotettavuus	50
8.4 Eettisyys	52
8.5 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet	52
9 LOPUKSI	54
LÄHTEET	55

KUVIOT JA TAULUKOT

- Kuvio 1. Keskeiset toimijat ja kehittämisen ydintehtävät
- Kuvio 2. Tutkimuksen toteutuksen spiraalimalli
- Kuvio 3. Tutkimus- ja kehittämistehtävän vaiheet ajanjaksoittain
- Kuvio 4. Esimerkki aineiston pelkistämisestä
- Kuvio 5. Esimerkki aineiston teemoittelusta
- Taulukko 1. Kehittämistyössä tehty kyselyt ja haastattelut

LIITTEET

- Liite 1. Alkukartoituskysely kotihoitohenkilöstölle
- Liite 2. Loppukysely avainhenkilöille
- Liite 3. Toiminta- ja menettelytapaohje

1 JOHDANTO

Väestön ikääntymisen seurauksiin valmentaudutaan kaikkialla maailmassa. Syntyvyys vähenee ja elinikä pitenee, mikä merkitsee sitä, että vanhusten määrä kasvaa kovaa vauhtia. Haastavaksi tilanteen tekee se, että työikäisten määrä vähenee, huoltosuhde muuttuu heikommaksi ja kansantalouksien tuottavuus laskee. Vanhusten palvelujen kehittäminen ja niiden oikea-aikaisuus sekä asiakasnäkökulman huomioon ottaminen on yhteiskuntamme tärkeimpiä asioita lähitulevaisuudessa. Euroopassa tämä haaste kohdataan ensimmäisenä Suomessa, kun toisen maailmansodan jälkeen syntyneet suuret ikäluokat tulevat eläkeikään (Alasoini 2011; Kauhanen-Simanainen 2009, 5, 8, 60).

Sosiaali- ja terveydenhuollon perustehtävänä on tuottaa asiakaslähtöisiä palveluita. Perustehtävän toteuttamiseksi vaihtoehdot vaihtelevat julkisesti järjestetyistä, kolmannen sektorin ja kotitalouksien sekä markkinoiden järjestämiin palveluihin. Suomalainen hyvinvointiyhteiskunta perustuu pitkälti julkisesti tuotettuihin hyvinvointipalveluihin. Suuntana on kuitenkin julkisen palvelutuotannon kasvun pysäyttäminen ja palveluiden tehokkuuden, joustavuuden ja laadun parantaminen olemassa olevia markkinoita hyödyntäen. Markkinakeskeisessä vaihtoehdossa keskeisiä ovat kuntalaisten valinnanvapaus sekä tuottajien välinen kilpailu. (Heinonen 1999b, 17; Ollila ym. 2003.)

Palvelujen järjestämisessä tulisi tulevaisuudessa kiinnittää enemmän huomiota asiakkaan aseman parantamiseen ja palveluiden laatuun. Näin ollen muutospyrkimykset ja organisaatioiden toiminta eivät voi perustua vain organisaation ja sen työntekijöiden kehittämiseen, vaan palvelujen käyttäjien odotukset ja tarpeet tulee ottaa huomioon muutoksia suunniteltaessa. Asiakaslähtöisessä ajattelutavassa on asiakaspalvelun esikuvaksi nostettu yksityinen sektori. Heinosen (1999b, 13–14) mukaan siirtyminen organisaatiolähtöisestä ajattelu- ja toimintatavasta asiakaslähtöisyyteen ei paranna ainoastaan toiminnan laatua, vaan luo julkista sektoria kilpailukykyisemmäksi, tehokkaammaksi ja palvelujen tuottajana päämäärältään yhteneväisemmäksi.

Palveluiden kehittämisessä tulee huomioida käyttäjien tarpeet, itsensä toteuttamisen mahdollisuudet, omat voimavarat sekä itsemääräämisoikeuden ja niiden tulee perustua asiakaslähtöisyyteen. Palveluiden tulee vastata myös käyttäjien muuttuvia elämäntilanteita ja yksilöllisiä tarpeita (Paasivirta 2004).

Tämän opinnäytetyön päätavoitteena on selvittää kotihoitotyön kehittämisen edellytyksiä Leppävirran kunnassa sekä kehittää yhteiset toiminta- ja menettelytapaohjeet laadukkaan ja asiakaslähtöisen kotihoitotyön toteuttamiseen. Toiminta- ja menettelytapaohjeen avulla varmistamme yhtenäiset menettelytavat kotihoidon piirissä olevien asiakkaiden hoidossa. Tutkimusmenetelmänä tässä opinnäytetyössä on käytetty toimintatutkimusta. Tutkimuskohteena on vanhusten kotihoidossa työskenteleviä hoitajia sekä kotihoidon asiakkaina olevia ikäihmisiä. Tämä tutkimus sijoittuu yhteiskunnallisesti ajankohtaiseen kontekstiin, vanhuspalveluihin. Vanhuspalvelut muodostavat keskeisen osan kunnallisista sosiaalipalveluista ja väestön ikääntyminen pakottaa palvelujärjestelmän panostamaan tulevaisuudessakin erityisesti näiden palvelujen kehittämiseen (Kröger, 2004).

Tutkimus pohjautuu eri toimijoiden, vanhustyön ammattilaisten, kehittäjä-tutkijan ja kotona asuvien ikäihmisten kokemuksiin. Opinnäytetyö koostuu yhdeksästä pääluvusta. Luvussa kaksi käsitellään opinnäytetyön taustaa yleisellä tasolla ja luvussa kolme kuvataan tutkimuksen konteksti sekä muuttuvan kotihoitotyön luonne kunnallisessa kotihoidossa. Asiakaslähtöisyyden käsitteitä ja asiakaslähtöisyyden kehittämisen piirteitä käydään läpi luvussa neljä. Kehittämistyön taustat ja tavoitteet kuvataan luvuissa viisi ja kuusi. Luvut seitsemän ja kahdeksan painottuvat tulosten tarkasteluun.

2 VANHUSTENHUOLLON RAKENNEMUUTOS JA AVOPALVELUIDEN KEHITTÄMINEN

Vanhuspalvelut ovat perinteisesti olleet melkoisen kirjava kenttä. Ennen 1990-lukua vanhuksille suunnattuja palveluita ei suunniteltu kovin kokonaisvaltaisesti, vaan sosiaali- ja terveystoimessa tuotettiin omat palvelunsa, joita eri alojen ammattilaiset pyrkivät toteuttamaan. Lisäksi 1990-luvun alussa perusterveydenhuollon asiakkaista suurin osa oli laitoksissa, sillä heille ei ollut tarjolla sopivia avopalveluita. Palvelurakennemuutos on kuitenkin muuttanut voimakkaasti perusterveydenhuollon toimintaa, jolloin 1995-luvun puolivälissä purettiin laitoshoidoa ja siirryttiin avohoitopainotteisuuteen. Lisäksi alettiin kehittää erilaisia tukipalvelujen muotoja sekä palveluasumista. Palvelurakennemuutos muuttaa edelleen myös vanhustyön ammatillista osaamista ja ammattien rakenteita sekä niiden kulttuurisia piirteitä.

Vanhuspalvelujen tarjonta on hyvin ajankohtainen ja yhteiskunnallinen asia monessa suhteessa. Yhteiskunnallisessa keskustelussa tuodaan esille vanhusten hyvä hoito ja se on otettu huomioon erittäin tärkeänä asiana. Kun puhutaan vanhuspalveluista, on siihen kuulunut palvelujen saatavuuden tasapuolisuus, palvelujen laatu ja riittävyys sekä asiakkaiden valinnan mahdollisuus. On myös keskusteltu paljon siitä, että vanhukset sijoituisivat oikeaan hoitopaikkaan ja saisivat oikeanlaisia palveluita (Vaarama & Kautto 1999, 7–13, 72–74). Sosiaali- ja terveysministeriö ohjeisti 1990-luvun alussa vanhus-
tenhoidon tavoitteeksi vanhusten kotona asumisen niin kauan kuin se on mahdollista. Kuitenkin vuosien 1988–1996 välisenä ajanjaksona vanhuksille tarjottavien julkisten palveluiden määrä väheni, erityisesti vähennettiin kotipalvelua. Lisäksi palvelujen ongelmaksi muotoutui maantieteellinen eriarvoisuus, avun kohdentuminen paljon apua tarvitseville asiakkaille sekä koulutetun henkilöstön vähäinen määrä. (Vaarama & Kautto 1999, 7–13, 72–74.)

Sekä kansalaisyhteiskunnallinen että markkinaperusteinen vaihtoehto korostavat kunta-
laisten roolia aktiivisina toimijoina ja päätöksentekijöinä (Heinonen 1999b, 17). Julkisten palveluiden ongelmana on ollut palvelujen tarvitsijoiden rajattomat tarpeet. Tarpeiden tyydyttämiseksi tarvitaan tarveharkintaa ja julkisten palvelujen käytön kontrollointia, jotta hyvinvointia yhteiskunnassa jaetaan oikeudenmukaisesti (Scrivens 1995).

Yli 90 % 65 vuotta täyttäneistä suomalaisista asuu omassa kodissaan joko täysin itsenäisesti tai erilaisten palveluiden turvin. Kotona tai kodinomaisissa oloissa asuvien ikäihmisten määrän lisääntyminen sekä tarpeiden laaja kirjo haastavat kehittämään palveluita, jotka liittyvät asumiseen. Yksi vastaus tähän haasteeseen on lähipalvelut, jotka tarjoavat ennakoivia palveluita toimintakyvyn ylläpitämiseksi sekä erilaisia asumisvaihtoehtoja kuin myös eriasteisia hoiva- ja hoitopalveluita ja lisäksi mahdollisuuden harrastus- ja virkistystoimintaan. (Lahti 2011, 5.)

Aging-in-Place (AIP)-termi tarkoittaa mahdollisuutta asua tutussa asuinympäristössä iästä tai toimintakyvyn muutoksista huolimatta. Se korostaa ikääntyvän ihmisen mahdollisuutta mielekkääseen ja turvalliseen asumiseen sekä omaa toimijuutta. Keskeistä siinä on erilaisten asumis- ja hoivajärjestelyjen tuominen sinne, missä niitä tarvitsevat asuvat. (Muurinen ym. 2009; Välikangas 2009.) Lisäksi Välikangas (2009) tuo esille, että onnistunut Aging-in-Place edellyttää sekä ikääntymiseen sopivaa asuntoa ja ympä-

ristöä että palvelu- ja tukijärjestelmää, jotka yhdessä mahdollistavat ikääntyvän ihmisen mielekkään asumisen. Aging-in-Place-ajattelussa yhdistyvät suunnitelmallisesti sosiaali- ja terveystalitiikka, arkkitehtuuri, yhdyskuntasuunnittelu sekä teknologiakehitys. Välikangas (2009) kuvaa kolme AIP:n mukaista vaihtoehtoa; ensimmäisenä erillisiä asuntoja tai asumisratkaisuja voidaan muokata ajattelun mukaisiksi asunnonmuutostöiden ja riittävien palveluiden turvin, toiseksi asumisympäristöjä ja yhteisöjä (esimerkiksi ikääntyneiden yhteisöt ja kylät) voidaan muodostaa niin, että tarvittavat tukijärjestelmät luodaan asumisen ympärille ja kolmanneksi koko yhteiskuntasuunnittelun läpäisevä ajattelu. Ihmiset asuvat mielellään pitkään samassa ympäristössä ja eläminen tutussa paikassa antaa jatkuvuuden tunteen. Samassa ympäristössä pitkään asuminen vaikuttaa positiivisesti ikääntyneiden mielialaan ja selviytymiseen. Tutuus luo siis turvallisuutta ja se helpottaa myös arjessa selviytymistä sekä vahvistaa toimintaan osallistumisen mahdollisuuksia. Toisaalta tutussa ympäristössä toimiminen ja mahdolliset arjessa selviytymisen muutokset antavat palautetta siitä, miten ikääntyminen vaikuttaa omaan selviytymiseen ja toimintakykyyn (Pikkarainen 2007b).

Ikääntyneiden palveluiden saavutettavuutta voidaan helpottaa kehittämällä integroitua lähipalvelualueita (Muurinen ym. 2009). Ikähoiva-työryhmän vision mukaan (STM 2010) Suomessa tulevat yleistymään tällä vuosikymmenellä ikääntyvän väestön yksilöllisten toiveiden ja tarpeiden mukaiset palvelualueet tai palvelukampukset. Ne tarjoavat ikäihmisille terveyttä, toimintakykyä ja hyvinvointia edistävää monipuolista toimintaa huomioiden ikääntyneiden oikeuden kotiin ja itsemääräämiseen sekä mahdollisuuden yhteisöllisyyteen. (STM 2010.)

Vanhustyötä tehdään melkoisen paineen alaisena. Markkinatalous heijastuu myös hoi- va- ja hoitotyön ammatteihin erilaisten kehittämis-, tulos- ja tehokkuusvaatimusten muodossa. Tässä luvussa kuvaan yleisesti kotihoitoa, palvelujen muutospaineita, saata- vuuden, laadun ja kehittämisen näkökulmista.

2.1 Kotihoito osana vanhusten avopalveluita

Kotihoito on suunnitelmallista ja tavoitteellista kotona tapahtuvaa hoito- ja hoivatyötä, joka perustuu asiakkaan tarpeiden mukaiseen hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Kotihoi- don päätavoitteena on edistää asiakkaan, sosiaalista, fyysistä ja henkistä perusturvalli-

suutta sekä kuntoutumista ja arjessa selviytymistä. Palveluiden perusteena on kirjattu asiakaslähtöisyys ja suunnittelussa huomioidaan asiakkaan yksilölliset tarpeet ja omat voimavarat. Painopiste on siirtynyt kotihoidon ensisijaisuuteen pyrkimyksenä vähentää ja lyhentää laitoshoidon tarvetta. Lisäksi kotihoidon toiminta perustuu tiimijatteluun ja omahoitajamalliin. Kotihoitoa tukeviin palveluihin kuuluvat myös päiväpalvelut, ateria- ja turvapalvelut, omaishoidontuki, yöhoito ja palvelusetelit.

Kotihoito on asiakkaalle maksullista ja maksu määräytyy asiakkaan tulojen, perhekunnan koon ja palveluiden määrän mukaan. Maksu peritään kaikilta kotihoidon asiakkailta riippumatta siitä, onko apu tilapäistä vai säännöllistä. (Leppävirran kunnan ikääntyvien hoito- ja palvelustrategia 2008, 9.)

Tukipalvelujen sekä koti- ja sairaanhoitopalvelujen kokonaisuudesta käytetään nimitystä kotihoito (Niemelä 2006, 19; Tenkanen 2003, 13). Kotihoito termi on yleistynyt kuvaamaan yhdistettyä kotipalvelua ja kotisairaanhoitoa. Kotihoito käsitettä on kuitenkin käytetty eri tavoin eri tutkimuksissa. Paljärvi ym. (2003, 87) tarkoittavat kotihoidolla sosiaali- ja terveystalvveluja, jotka annetaan kotiin ja jotka sisältävät sekä kotipalvelun että kotisairaanhoidon. Kunnilla on näiden palveluiden kohdalla lakisääteinen järjestämisvastuu, mutta palvelut voi tuottaa jokin muu kuin kunta; esimerkiksi kunta ostaa palvelut yksityiseltä tai kolmannelta sektorilta ostopalveluina. Tarkasti määriteltä kotihoito käsitettä ei ole (Hallberg & Kristensson 2004, 13). Perälä & Hammar (2003, 8) määrittelevät kotihoidon tarkoittamaan niitä palveluita ja hoitoja, jotka annetaan asiakkaille kotiin (kotipalvelu, kotisairaanhoito, fysio- ja toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä, lääkäri, jalkahoitaja ja muut erityisammattiryhmät, jotka tukevat kotihoidon työntekijöiden toimintaa). Tässä tutkimuksessa kotihoidolla tarkoitetaan palvelua ja/tai hoitoa, jossa asiakas on suurimman osan vuorokaudesta omassa kodissaan ja tarvittavat palvelut/hoito on järjestetty asiakkaalle kotiin.

Kotihoito on palvelukokonaisuus, johon kuuluvat kotisairaanhoito (Kansanterveyslaki 66/72), kotipalvelu (Sosiaalihuoltolaki 710/82), kotipalvelun tukipalvelut (Sosiaalihuoltoasetus 607/83) ja omaishoidon tuki (Sosiaalihuoltolaki 710/82, Asetus omaishoidon tuesta 1109/97). Kotihoidon tavoitteena on auttaa ja tukea kotona asuvia ikäihmisiä selviytymään päivittäisistä toiminnoistaan mahdollisimman hyvin riippumatta siitä, onko avun tarve pysyvä vai väliaikainen. Kotihoidon lähtökohtana ovat asiakkaan yksilölliset

tarpeet ja ongelmat hoidossa ja kotona selviytymisessä. Keskeinen elementti kotihoitossa on yksilöiden, asiakkaan ja työntekijän välinen vuorovaikutus. Kotihoitoa voi saada useitakin kertoja päivittäin hoidon tarpeesta riippuen. Kotihoitotyö on moniammatillista ja sitä on mahdollisuus saada vuorokauden ympäri. Kotihoitoon kuuluvat niin perushoito kuin sairaanhoitokin. Lisäksi kotihoito voi sisältää ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä.

Usein kuullaan puhuttavan, että oma koti on jokaiselle paras paikka asua ja elää. Tutussa ja turvallisessa ympäristössä vanhus pysyy virkeänä ja kokee elämänsä arvokkaaksi (Eloranta & Punkanen 2008, 35). Toisaalta kotona asumisen tilanteeseen vaikuttavat hyvin monet tekijät ja juuri siksi tulisikin arvioida, kenelle koti on se paras paikka silloin, kun omat voimat eivät enää riitä arkipäivästä selviytymiseen. Kun kotona asuminen ei enää onnistu, seuraava asumismuoto ikääntyneille on senioritalo tai ikäihmisille suunnitellut vuokra-asunnot. Edellä mainittujen jälkeen voidaan ikäihmiselle tarjota tuetumpaa asumista palvelutaloissa. Kaikissa näissä asumismuodoissa ikääntyneillä on mahdollisuus kotihoidon palveluihin (kotipalvelu, kotisairaanhoito) sekä erilaisiin tukipalveluihin kuten esimerkiksi aterial-, turvapuhelin-, kauppa- ja saunapalveluihin. Kunnallinen, yksityinen ja kolmas sektori tarjoavat kotihoitopalveluita ikääntyneen omaan kotiin, kun esim. arkiaskareet, pukeutuminen, peseytyminen, lääkkeiden otto tai vaikkapa haavahoito tuottavat vaikeuksia (Juhela 2006, 205).

Kotihoidon yhtenä tavoitteena asiakkaan kannalta on mahdollistaa turvallinen kotona asuminen, hyvä elämänlaatu, toimintakyky ja terveys sekä tyytyväisyys elämään. Myös taloudellisista syistä vanhusten kotona asumista korostetaan. Laadukkaalla ja hyvin suunnitellulla kotihoidolla pyritään ehkäisemään ja vähentämään kalliin erikoissairanhoidon käyttöä sekä siirtämään vanhusten joutumista pitkäaikaiseen laitoshoitoon. Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton laatusuosituksen (2008a) mukaan kotona asumisen tukeminen ja siihen liittyvän kotihoidon kehittäminen ovat suomalaisen ikääntymispolitiikan keskeisiä tavoitteita. Ikäihmisten näkökulmasta katsottuna parannettavaa on erityisesti kotihoidon saatavuudessa ja tarvelähtöisyydessä.

Nykyaikaiseen kokonaisvaltaiseen kotihoitoon kuuluu perushoiva, terveyden edistäminen ja sairaanhoito, psykososiaalinen tuki asiakkaalle ja omaisille, kuntouttavien toimien suunnittelu ja toteutus yhdessä moniammatillisen työryhmän kanssa. Perushoivaan

kuuluu arkisissa ja päivittäisissä toiminnoissa avustaminen, kuten peseytyminen ja hygienian hoito, ruokailu, liikkuminen, kodin siistiminen ja pieneltä osin myös vaatehuolto. Terveyttä edistävät toimet pitävät sisällään toimintakykyä ylläpitäviä ja kuntoutukseen liittyviä tehtäviä ja ennakoivaa työtä (ennakoivat kotikäynnit), sosiaalityötä, terveydenhoitoa, neuvontaa sekä ohjausta. Lisäksi asiakkaille tarjotaan sairaanhoidollisia toimenpiteitä ja saattohoitoa (Ikonen & Julkunen 2007, 17).

2.2 Kotihoidon muutospaineet

Laman aikana 1990-luvun alussa monien kuntien kehittämistyötä ohjasi ensisijaisesti taloudelliset säästöt. Tämän vuoksi kunnissa tultiin hintatietoisemmiksi siitä, mitä palveluja tarjotaan. Pelkät taloudelliset säästöt eivät kuitenkaan tuoneet esimerkiksi kotihoitoon mitään uutta. Jos kehittämisen tavoitteena ovat vain taloudelliset säästöt, on henkilöstön yleensä vaikea sitoutua toiminnan muutoksiin (Sinervo 2001, 5–6). Organisaatioissa lähdetään usein kehittämisprojektiin joko sisäisten tai ulkoisten syiden takia. Ulkoisia syitä voivat olla vanhentuneet toimintatavat, asiakastyytyväisyyden puutteet, kannattavuuden parantaminen ja kilpailutilanne. Sisäisiä syitä voivat olla aiemmin onnistuneet kehittämishankkeet tai vanhentuneeksi koettu toimintatapa, jotka voivat tulla esille joko johdon tai henkilöstön toimesta. (Pirskanen 2000, 37–38.)

Kotiin annettavat palvelut ovat monipuolistuneet, mutta ne eivät ole kehittyneet toivotulla tavalla. Lisäksi avopalveluiden riittämättömyys on suuri ja kasvava ongelma. (Vaarama 1992, 214–216.) Asiakkaat ovat entistä huonokuntoisempia ja iäkkäämpiä ja elinvuosien pidentyessä myös palvelujen tarve kasvaa. Tästä johtuen myös kotihoidon työnsisältöön on kiinnitettävä huomiota. Muutospaineita aiheuttaa henkilöstön jaksamiseen ja työhyvinvointiin liittyvät kysymykset. Henkilöstökin ikääntyy ja eläköityy. Ikääntymisen myötä tulee erilaisia terveyteen liittyviä rajoitteita, jotka tulisi voida huomioida joustavammin muun muassa erilaisilla työaikoihin liittyvillä toimenpiteillä ja työn keventämisellä.

Tällä hetkellä kotihoitoa organisoidaan uudelleen purkamalla hierarkkisia organisaatioita, muodostamalla tiimejä sekä lisäämällä yritysten ja asiantuntijoiden verkostoitumista. Verkostomainen työskentelytapa antaa uusia näkökulmia myös kotihoitotyöhön. Hyvänä toimintatapana vanhustyössä on pidetty moniammatillista työtapaa ja yksilövastuista työtä.

2.3 Kotihoidon saatavuus, laatu ja kehittäminen

Vuonna 2001 sosiaali- ja terveysministeriö antoi ensimmäisen ikäihmisten palveluja ja hoitoa koskevan laatusuosituksen (STM 2001). Suositus koski kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita, mutta erityisesti se painottui iäkkäiden palveluasumiseen, kotihoitoon ja laitoshoitoon. Laatusuosituksessa hoidon tavoitteeksi asetettiin, että mahdollisimman moni ikääntynyt voisi elää täysipainoista elämää itsenäisesti omassa kodissaan ja tutussa sosiaalisessa ympäristössään. Lisäksi hoidon tulee olla asiakasta kunnioittavaa sekä asianmukaista. Laatusuosituksen yhtenä tavoitteena oli myös parantaa palveluiden laatua ja vaikuttavuutta sekä lisätä ikäihmisten terveyttä ja hyvinvointia.

Kotihoidon saatavuutta ja laatua on edelleen pyritty edistämään sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2008 julkaisemassa ikäihmisten palvelujen uudessa laatusuosituksessa. Tässä uudessa laatusuosituksessa on pyritty ottamaan huomioon ikääntymispolitiikalle asetetut valtakunnalliset tavoitteet, laatusuositusten arviointien tulokset, hallitusohjelman linjaukset, toimintaympäristön muutokset sekä uusi tutkimus tieto. Erityisesti laatusuosituksessa korostuu vanhusen terveyden edistäminen ja ennaltaehkäisevä työ sekä vanhuksen mahdollisuus asua omassa kodissa. (STM 2008, 9–10.)

Työn kehittämisen tarve on laajasti tiedostettu vanhustenhuollossa. Työn kehittämisen tarpeet vanhuspalveluissa ja työyhteisöjen ongelmat liittyvät usein tiiviisti toisiinsa. Työntekijälähtöisessä kehittämistoiminnassa lähtökohtana ovat avoimuuden lisääntyminen, työntekijöiden itsearviointin ja reflektion käyttäminen, vuorovaikutuksen lisääntyminen ja sen paraneminen sekä työkyvyn ylläpitäminen. Kehittämistoiminnan kaikissa vaiheissa työntekijät ovat keskeisessä asemassa. Kotihoitotyön kehittämiseen ja toteuttamiseen liittyvä näkökohta on henkilöstön ikääntyminen. Työtahti ja työssä tapahtuvat nopeat muutokset lisäävät työntekijöiden uupumista. Pohjosen (2001, 193, 201) tutkimustulosten mukaan kotihoitotyön yksi keskeinen kehittämisen haaste onkin henki-

löstön työkyvyn ylläpitäminen sekä ennenaikaiselle eläkkeelle jäämisen ehkäiseminen. Myös kotona tehtävässä työssä työolojen kehittäminen on mahdollista.

2.4 Aikaisemmat tutkimukset kotihoidossa

Lääketieteellä on vahva asema vanhuuden ja yleensäkin vanhusalan tutkimuksessa. Sairausrakkeisiin ja lääkehoitoon sekä vanhusten toimintakykyyn ja hoitohenkilöstön hyvinvointiin liittyviä tutkimuksia löytyy paljon (mm. Nores 1994; Treuthardt 1995). Maassamme on tälläkin hetkellä menossa hyvin monia erilaisia niin alueellisia kuin valtakunnallisia kehittämisohjelmia tai –projekteja, jotka kohdistuvat välillisesti tai välittömästi vanhusväestöön. 1990-luvulta lähtien on kotipalvelun ja kotisairaanhoidon integroitua toimintamallia lähdetty kehittämään useiden kuntien moniammatillisen tiimityön kehittämis-hankkeilla. Kotihoitoa uutena asiana ei ole vielä Suomessa tutkittu kovinkaan paljon. Olemassa olevat tutkimukset antavat kuvaa lähinnä kotihoidosta uudelleen organisoitumisen eri osatekijöiden näkökulmista. Tutkimustietoa löytyy kotihoidon sisällöstä ja laadusta sekä palvelujen yhteensovittamisesta esimerkiksi (Finne-Soveri ym. 2006; Paljärvi ym. 2003). Lisäksi kotihoidon henkilöstöön sekä organisointiin ja ajan käyttöön liittyviä asioita on tutkittu jonkin verran (Groop 2012; Tedre 1999; Tepponen 2003). Myös kotihoidon vaikuttavuuteen ja asiakkaiden sopeutumiseen liittyviä tutkimuksia on tarjolla kuten (Kinnunen 2002; Malin 1997; Taival 1998). Erilaisilla tutkimuksilla ja kehittämis-hankkeilla on kuitenkin pyritty vaikuttamaan vanhusten yksinäisyyteen, syrjäytymisen ehkäisyyn sekä elämän mielekkyyden lisäämiseen.

Kuten jo aikaisemmin toin esille, kotihoitoon tehtyjä asiakaslähtöisyyteen keskittyviä tutkimuksia on kovin vähän tai asiakaslähtöisyyttä on tutkittu lähinnä työntekijöiden ja palvelujärjestelmien sekä yksityisten palveluntuottajien näkökulmasta. Yksi esimerkki tällaisesta on Niemen (2006) tekemä tutkimus, jossa selvitetään asiakaslähtöisyyttä ilmiönä ja tarkastelun lähtökohtana on yksityisten kotihoitopalveluiden kasvu. Tutkimus on toteutettu yksityisen ja julkisen kotihoidon henkilöstölle suunnatuin teemahaastatteluin. Tutkimuksen tuloksissa kuvataan yksityisen ja julkisen kotihoidon yhteinen näkemys asiakaslähtöisyydestä. Lisäksi tuloksissa ilmeni, että julkisesti järjestetyissä kotihoitopalveluissa asiakaslähtöisyyden merkitys ymmärretään osittain eri tavoin kuin yrityksissä. Salmi (2012) on opinnäytetyössään tutkinut asiakaslähtöisyyttä sosiaalialan ammattihenkilöstön näkökulmasta. Tutkimus toteutettiin Delfoi-menetelmää käyttäen.

Tutkimuksessa tuli esille, että sosiaalialan työntekijöiden näkökulmasta katsottuna asiakaslähtöisyys on yksi keskeinen toimintaa ja työn sisältöä ohjaava periaate. Lisäksi tutkimuksessa tuli esille, että asiakaslähtöisyyden kehittämiskohteena nähtiin työn sisällön kehittäminen, lisäresurssien saaminen ja palvelujen turvaaminen.

Tenkanen (2003, 188–189) puolestaan arvioi kotihoitohenkilöstön yhteistyömuotojen kehittymistä ja niiden merkitystä vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. Tutkimuksen aineistona ovat vanhusten haastattelut ja asiakirjat sekä kotihoidon ryhmähaastattelut ja kehittämisasiakirjat. Tenkasen mukaan apua tarvitsevat vanhukset kokevat kotihoidosta saadun avun ja tuen kotona asumisen elinehdoksi. Kiinnittämällä huomiota kotihoidon hyvään suunnitteluun vaikutetaan vanhusten kotona selviytymiseen siten, että vanhusten elämäntilannetta ja palvelutarvetta tarkastellaan kokonaisuutena tehtäväkeskeisyyden sijaan. Vanhusten elämänlaatuun vaikutetaan arvioimalla vanhusten avun tarvetta elämäntilanteen muuttuessa ja vanhusten oman toimintakyvyn laskiessa. Vanhusten elämänprosessit ovat hyvin yksilöllisiä ja ne edellyttävät kotihoidon työryhmiltä paneutumista sekä muutoskykyisyyttä reagoida asiakkaiden tilanteeseen aina uudelleen muutosten tapahtuessa.

Malin (1996) on tutkinut kotihoidon asiakkaan ja työntekijän välistä suhdetta tekemällä postikyselyn yli 75-vuotiaille kotihoidon asiakkaille. Tämän tutkimuksen tuloksissa luottamuksellisen hoitosuhteen merkitys korostui. Lisäksi kotihoidon asiakkaat toivoivat säännöllisiä käyntiaikoja sekä vakituisia hoitajia. Muurinen & Raatikainen (2005) ovat tutkineet asiakkaiden avun tarpeen ja auttamisen vastaavuutta kotihoidossa. Tutkimuksessa ilmeni, että päivittäisissä fyysisissä toiminnoissa auttaminen vastasi hyvin asiakkaiden avun tarpeeseen, mutta hengellisissä ja sosiaalisissa osa-alueissa kotihoidossa olisi kehittämisen tarvetta. Tämän tutkimuksen tuloksissa todettiin myös, että asiakkaan omatoimisuuden edistäminen ei ollut tyypillistä kotihoidossa.

Myös ulkomaisilla tutkimuksilla on ollut osaltaan vaikutusta kotihoidon kehittymiseen Suomessa. Julkisiin palveluihin liittyviä tutkimuksia ovat tehneet esimerkiksi Edelback ym. 1995 sekä Corazzi-Gomez 2002. Edelback ym. (1995) tutkivat miten iäkkäät kotihoidon asiakkaat arvioivat palvelujen laatua. Tutkimustuloksissa tuli esille, että henkilökunnan pysyvyys oli tärkein laatutekijä yhdessä hoitajan persoonallisen sopivuuden ja asiakassuhteen kanssa. Lisäksi työntekijän saatavilla olo koettiin tärkeäksi laatutekijäk-

si. Larsson & Larsson (1998) tutkivat hoitotyön laatua kotihoidossa sekä asiakkaiden että hoitajien näkökulmista. Tuloksissa todettiin, että kiinteä hoitosuhde tukee asiakkaan ja hoitajan yhteistä näkemystä hoitotyöstä. Corazzi-Gomez (2002) tutki kodinhoitajien päätöksentekoprosessia ja totesi, että asiakaslähtöinen toimintatapa on tarpeellista kaitentyyppisille kotihoidon asiakkaille.

Eurooppalaisissa kotihoitoa käsittelevissä tutkimuksissa tulevat esille samantyyppiset ongelmat kuin kotimaisissakin. Huolimatta siitä minkälaisilla tiedonkeruumenetelmillä tutkimukset on toteutettu, tutkimuksien tulokset ovat yhdensuuntaisia. Tutkimuksien tuloksissa tulee esille kotihoidon tärkeä merkitys asiakkaan kotona selviytymisen kanalta sekä kotihoidon palvelujen kehittämisen tarve erityisesti asiakaslähtöisyyden, hoidon jatkuvuuden ja palveluiden saatavuuden osalta.

3 KUNNALLINEN KOTIHOITOTYÖ MUUTOKSESSA

3.1 Tutkimuksen yhteiskunnallinen ajankohtaisuus

Ikääntyneiden määrän kasvaminen ja samaan aikaan laitospaikkojen vähentäminen ovat johtaneet sosiaali- ja terveydenhuollon muuttumista yhä enemmän avohuoltopainotteiseksi. Kehittämällä avohoitoa pyritään taloudellisuuteen ja tehokkuuteen sekä mahdollistamaan kotona asuminen sairaudesta huolimatta (Paasivaara 2004, 29). Yhteiskunnassamme on tiedostettu se, että yli 65-vuotiaiden määrä kasvaa voimakkaasti niin Suomessa kuin muissakin länsimaissa lähivuosikymmeninä. Vuonna 2030 65 vuotta täyttäneitä arvioidaan olevan jo noin 1,5 miljoonaa. Yli 85-vuotiaiden osuus kasvaa erityisen nopeasti. (ETENE 2008, 5.)

Kunnallisista sosiaalipalveluista vanhuspalvelut muodostavat keskeisen osan. Nopea väestön ikääntyminen pakottaa palvelujärjestelmän panostamaan tulevaisuudessakin erityisesti näiden palvelujen kehittämiseen (Kröger, 2004). Tämän hetken kotihoidon kattavuus ei vastaa asiakkaiden avun tarvetta. Suurin asiakasryhmä säännöllisen kotihoidon saajista on 75–84-vuotiaat ja entistä enemmän palveluja kohdennetaan 85 vuotta täyttäneille. Palvelurakenteen mittavin ja keskeisin palvelu ikäihmisille on kotihoito. Yhä suurempi osa vanhusasiakkaista saa sekä kotipalvelua että kotisairaanhoidoa. (Hei-

nola 2007.) Kuntia ajatellen suurin haaste on ikärakenteen muutokseen varautuminen. Lisäksi palvelujen järjestämisen haasteena on palveluiden saumaton kokonaisuus aina ehkäisevistä palveluista pitkäaikaiseen laitoshoitoon. Lähitulevaisuudessa ikääntyvien määrä lisääntyy voimakkaasti. Tämä haastaa myös ikääntyneiden palveluita johtavat poliittiset päättäjät ja virkamiehet pohtimaan niitä keinoja, joilla ikääntyneiden palvelut järjestetään vaikuttavasti, inhimillisesti ja taloudellisesti kestäväksi. (Leppävirran kunnan ikääntyvien hoito- ja palvelustrategia 2008, 4.) Lisäksi eduskunnassa juuri valmis- teilla oleva vanhuspalvelulaki tuo kunnille lisää haasteita järjestää vanhuksille suunnat- tuja palveluita.

3.2 Miksi kotihoitotyön kehittämistä tarvitaan

Palvelujen tuottajatahosta riippumatta lakisääteisten palvelujen järjestämisestä ja rahoituksesta on vastuussa julkinen sektori. Vuoden 1995 jälkeen monien kuntien sosiaali- taloudellinen asema on heikentynyt ja kunnilla on ollut vaikeuksia tuen ja palvelujen tuottamisessa asukkailleen. Kansalaisille tämä kehitys on merkinnyt eriytyvää palvelu- rakennetta. Paikallinen ja alueellinen eriytyminen on heikentänyt itsenäisen suoriutumisen, väestön toimintakyvyn ja arvokkaan ikääntymisen mahdollisuuksia sekä lisännyt syrjäytymisriskiä. (Pajula & Särkelä 2003, 126.)

Kotihoidossa toimintamallit ovat voineet pitkään olla muuttumattomia, siitäkin huoli- matta, että työtahti ja työmäärä ovat kasvaneet. Toimintamallilla voidaan tarkoittaa toi- minnan organisointia, työnjakotapaa tai teoreettista mallia. Toimintamallien uudelleen arviointi ja niiden kyseenalaistaminen koskee kaikkia, jotka työskentelevät vanhusten- hoidon parissa. Uudistettuja toimintamalleja ja työmenetelmiä tarvitaan, jotta asiakkai- den yksilöllisiin tarpeisiin voidaan vastata ammattitaitoisesti ja samalla myös oman työn hallinta paranee. Toimintamallien ja työmenetelmien kehittäminen nähdään tärkeänä osana ehkäisevän terveys- ja sosiaalipolitiikan tavoitteita sekä kansallisen hoitotyön kehittämisstrategiaa. Toimintamallien tarkoituksena on turvata väestön sosiaalinen hy- vinvointi, asiakkaiden omien voimavarojen vahvistuminen, terveyden kehittyminen sekä rajoittaa kustannusten kasvua ja parantaa kustannusvaikuttavuutta. (Ahonen 2005, 9; Tepponen 2009, 167–168.)

Perinteisessä tehtäväkeskeisessä hoitotyönmallissa huomio kiinnittyy potilaan sijasta ensisijaisesti itse tehtävään. Toimintaa ohjaa enemmän rutiininomainen päätöksenteko, jossa hoitaja tekee tietyt toiminnot kaikille potilaille. Tehtäväkeskeisessä mallissa ei kiinnitetä huomiota siihen tapaan, miten tehtävä tehdään eikä siihen kenelle siitä ollaan vastuussa, vaan tässä mallissa pyritään lisäämään työn tehokkuutta. Kiinteät hoitosuhteet eivät myöskään ole mahdollisia, koska useat eri hoitajat hoitavat potilaita päivän aikana (Korhonen & Koivisto 1995, 11–12). Hoitotyössä tehtäväkeskeinen toimintamalli on ollut käytössä jo vuosien ajan. Ahosen (2005, 5–6) mukaan mallin etuna on pidetty tehokkuutta ja haittoina puolestaan työn pirstaleisuutta, pakkotahtisuutta sekä vuorovaikutuksen, yksilöllisyyden ja jatkuvuuden puutetta.

Nykyisessä kotihoidossa palvelut ja toiminnot on eriytetty, mikä on käytännössä merkinnyt kokonaisvaltaisesta hoivapalveluajattelusta luopumista. Eriyttäminen on saattanut tuoda tehokkuutta ja kustannussäästöjä palvelujen tuottamiseen, mutta vanhusasiakkaan kannalta kehitys on tässä mennyt huonompaan suuntaan. Kotipalvelun suorituksia mitataan jopa minuuteissa ja työntekijätkin voivat vaihtua tiheään, näin inhimillinen sosiaalinen vuorovaikutus on vähentynyt ja lisäksi se on vaikeuttanut ennaltaehkäisevää ongelmien, kuten esim. masennus ja yksinäisyys, tunnistamista. (Anttonen 2009, 76.) Psykososiaaliseen hoivaan liittyy vanhuuden psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ymmärtäminen. Psyykkistä toimintakykyä sekä hyvinvointia luonnehtivat: realiteettien taju, elämänhallinnan kokeminen, optimismi, tyytyväisyys elämään, tarkoituksen kokeminen, sosiaalinen taitavuus, itseluottamus ja toiminnallisuus (Eloranta & Punkanen 2008, 13).

Vanhenemisen muutoksiin liittyy sosiaalisuuden väheneminen, omiin ympyröihin jääminen, passiivisuuden ja rauhallisuuden lisääntyminen. Minäkuvaa voi heikentää myös vanhuutta aliarvioiva kulttuuri ja muun muassa eläkkeelle jääminen, puolison kuoleminen, oma heikkenevä keho ja lisääntyvän avuntarpeen tunnistaminen. Yksilön minäkuvan tärkeitä tekijöitä ovat hänen käsityksensä suhteistaan toisiin ihmisiin ja ympäröivään yhteisöön. Itsetunnon säilyttämiseksi ihminen tarvitsee tunteen siitä, että hän on merkittävä ja muiden hyväksymä ja että hän ainakin osittain kykenee hallitsemaan omaa elämäänsä.

Elämän hallittavuudessa on kyse siitä, miten ihminen kokee voivansa vaikuttaa omaan elämänkulkuunsa, miten on saanut tunnustusta ja arvostusta. Ikäihmisten hoiva- ja hoitotyössä on otettava huomioon ihmisen koko elämäнкаari. (Eloranta & Punkanen 2008, 14–15.)

Vanhuutta voi ymmärtää parhaiten tarkastelemalla erilaisia arkisia käsitteitä ja merkityksiä. Jyrkämän (2004, 152) mukaan onkin tärkeämpää tietää, mihin ihminen pystyy, mitä hän osaa ja haluaa sekä mitä hänen täytyy tehdä, kuin se, että monitoroidaan hänen fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia oireitaan erilaisten mittareiden avulla. Tärkeä yksilön ja ympäristön vuorovaikutus ilmenee yksilön kykynä suoriutua sosiaalisista tilanteista sekä kykynä toimia yhteiskunnan jäsenenä muodollisissa (esim. järjestöt, sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot) ja epämuodollisissa (perhe, sukulaiset, ystävät) suhteissa. Sosiaaliset suhteet edistävät terveyttä ja ehkäisevät stressiä. Ihmisen sosiaalista toimintakykyä määrittävät: suhteet omaisiin ja ystäviin, vastuu läheisistä, harrastukset, sosiaalisten suhteiden sujuvuus ja osallistuminen sekä kaiken kaikkiaan elämän mielekkyys. Toteutuakseen sosiaalinen toimintakyky edellyttää fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä. Yhdessäolon tarpeen tyydyttyminen on välttämätöntä yksilön ja ryhmän olemassaololle sekä yksilön mielenterveyden kehittymiselle ja säilymiselle. Sosiaalinen toimintakyky liittyy sekä yhteisösuhteisiin että toimintaan. (Eloranta & Punkanen 2008, 17–18.)

Kuten edellä on kuvattu, ikäihmisten palveluntarvetta lisääviä tekijöitä on monia ja tältä pohjalta kotihoitotyön kehittämistä pidetään tärkeänä. Onneksi kehittämistyön tueksi löytyy paljon erilaisia toimijoita eikä kuntien tarvitse tehdä kehittämistyötään yksin. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma tukee tavoitteiden saavuttamista ja toimeenpanoa valtionavustuksilla. Lisäksi kunnat ja kuntayhtymät ohjaavat rahoitusta erilaisiin sosiaali- ja terveydenhuollon hankkeisiin. Hankerahoituksen lisäksi eri toimijat käyttävät myös omia resurssejaan ohjelman linjausten mukaiseen uudistustyöhön. (Kaste-ohjelma 2012, 14.)

3.3 Ikääntymisen haasteet Leppävirralla

Leppävirta sijaitsee Pohjois-Savossa Itä-Suomen läänissä ja se on itsenäinen laajenevan Kuopion kaupunkiseudun kunta, joka toimii yhteistyössä myös Varkauden talousalueella. Kunnassa edistetään aktiivisesti hyvinvointia, yhteisöllisyyttä ja osallistumisen sekä omatoimisuuden mahdollisuuksia.

Leppävirran sijainti ja pitkät teollisuuden perinteet ovat mahdollistaneet monipuolisen elinkeinorakenteen kehittymisen kuntaan maa- ja metsätalouden rinnalle. Leppävirralla on kolme taajamaa: kirkonkylä, Sorsakoski ja Oravikoski. Kylistä suurimmat ovat Timola ja Paukarlahti. Asukkaita Leppävirralla on noin 10 500 ja ikäihmisten määrä kasvaa merkittävästi vuoteen 2015 mennessä.

Leppävirralla keskeiset palvelumuodot kotihoitoon liittyen ovat kotihoito (kotipalvelu ja kotisairaanhoido), ateria- ja turvapalvelut, omaishoidon tuki, palvelusetelit, kuntoutus ja apuvälineet, hoitotarvikkeiden ilmaisjakelu, vuorohoito ja päivätoiminta.

Ennusteen mukaan Leppävirran kunnan ikäihmisten määrä kasvaa merkittävästi. Vuoteen 2015 mennessä 65–74-vuotiaiden määrä kasvaa noin 200:lla (20 %) ja vuoteen 2025 noin 450:llä (35 %). 75–84-vuotiaiden määrä puolestaan kasvaa vuoteen 2015 mennessä noin 14 % ja vuoteen 2025 45 %. Vanhimpien yli 85-vuotiaiden määrä kasvaa vuoteen 2015 mennessä 60 % ja 110 % vuoteen 2025. Jos tilannetta verrataan vuoteen 2005 yli 75-vuotiaiden lukumäärä kasvaa vuoteen 2015 mennessä 250:llä ja vuoteen 2025 mennessä jo 600:lla. Ikäihmisten palvelutarpeen kannalta oleellinen 80 vuotta täyttäneiden joukko kasvaa noin 220 henkilöllä (40 %) vuoteen 2015 mennessä ja 380 henkilöllä (68 %) vuoteen 2025. (Leppävirran kunnan ikääntyvien hoito- ja palvelustrategia 2008, 6.) Kun palvelustrategiaa kehitetään ikäihmisten osalta, on ko. henkilöiden lukumäärien muutosten lisäksi arvioitava myös sitä, miten ikääntyneiden palvelutarpeen ja toimintakyvyn arvioidaan muuttuvan. Tutkimusten mukaan viime vuosikymmenien aikana ikäihmisten terveydentila ja toimintakyky on kohentunut ja uudet vanhusikäluokat ovat edeltäjiään terveempiä ja toimintakykyisempiä. Voidaankin ennakoida, että vuoteen 2025 mennessä alle 80-vuotiaalla tarve niin kotihoitoon kuin ympärivuorokautisiin hoivapalveluihin suhteellisesti vähenee nykyisestä. (Leppävirran kunnan ikääntyvien hoito- ja palvelustrategia 2008, 6–7.)

Leppävirran kunnan ikäpoliittinen strategia on kirjattu hoito- ja palvelustrategiaan. Ikäihmisten palvelujen toimintaperiaatteina on:

- koti- ja avopalvelujen ensisijaisuus
- aktivoiva ja kuntouttava työote
- asiakaslähtöisyys tavoitteena itsenäinen suoriutuminen ja hyvä elämänlaatu
- laitoshoidon hoitoaikojen lyhentäminen
- riittävä ja ammattitaitoinen henkilöstö
- laadun jatkuva kehittäminen
- yhteistyö omaisten, järjestöjen, yksityisten yrittäjien, vapaaehtoisten ja järjestöjen kanssa.

Leppävirran kunnan ikäpolitiikan tavoitteena on siis edistää ikääntyvien toimintakykyä ja itsenäistä elämää. Tavoitteena on, että mahdollisimman moni ikäihminen voi elää omassa kodissaan ja tutussa asuinympäristössä. (Leppävirran kunnan ikääntyvien hoito- ja palvelustrategia 2008, 27.) Tavoitteiden saavuttamiseksi jokaisessa kunnassa pitää olla ikäpoliittinen strategia, joka turvaa ikääntyvien sosiaaliset palvelut (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2007).

Ikäihmisten palveluilla tarkoitetaan palveluita, jotka edistävät yli 75-vuotiaan väestön suoriutumista ja toimintakykyä. Kunnallisia palveluita täydentävät yksityiset palveluntuottajat, vapaaehtoistoimijat ja seurakunnat. Kulttuuri, harrastus ja osallistumismahdollisuudet ovat merkittäviä mielekkään elämän ylläpitäjiä. Palvelujen järjestämisen haasteena on, että palvelut muodostavat saumattoman kokonaisuuden ehkäisevistä palveluista aina laitoshoidon asti. Tarkoituksenmukaisella hoidon porrastuksella turvataan yksilöllisesti inhimillinen taloudellinen ja tehokas palvelu ja hoito. (Leppävirran kunnan ikääntyvien hoito- ja palvelustrategia 2008, 1.)

Strategian mukaan kunnan oma sosiaali- ja terveydenhuolto vastaa edelleen pääosin ikäihmisten palveluista. Omaishoidon tukeminen, yksityinen palvelutuotanto ja kolmas sektori täydentävät palvelurakennetta. Tavoitteena on, että yksityinen palvelutuotanto lisääntyy niin, että ikäihmisillä on oikeasti palveluissa valinnan mahdollisuus. Lisäksi palvelusetelin käyttöä samoin kuin palveluohjausta lisätään ja tehostetaan. Kotihoidon kehittämisellä ja resursoinnilla pyritään laitospaasiteetin supistamiseen ja samalla myös lyhentämään keskimääräistä hoitoaikaä laitoksessa. Tavoitteena on 20–25 laitos-

paikan väheneminen ja niiden korvaaminen kotihoidon, ryhmäasumisen ja palveluasumisen lisäresursseilla. (Leppävirran kunnan ikääntyvien hoito- ja palvelustrategia 2008, 1.)

Ikäihmisten palveluntarve ja toimintakyky ovat lähtökohtia palvelurakennetta kehitettäessä. Kotihoidon kriteereillä palveluja kohdennetaan kotihoitoa eniten tarvitseville. Palvelujen järjestämisen lähtökohtana on asiakkaiden oikeudenmukainen ja tasavertainen kohtelu. Kriteeristöllä määritellään se toimintakyvyn taso, millä asiakas voi saada kotihoidon palveluita. Suurin haaste Leppävirran kunnalla on ikärakenteen muutokseen varautuminen. Painopistealueena on ennaltaehkäisevä toiminta, jolla parannetaan ikääntyvien toimintakykyä ja omatoimisuutta.

3.4 Vanhusten kotihoito Leppävirran kunnassa

Leppävirran kunnan edellinen ikäihmisten palveluja käsittelevä suunnitelma on päivitetty aikaisemmin vuonna 2000. Hyvin moni tuolloin esille nostettu asia on toteutunut. Kunnan omia palveluasuntoja sekä palveluasumisen ostopalveluja on lisätty. Turvapalveluja ja vuorohoitoa on kehitetty vastaamaan lisääntyneisiin tarpeisiin. Määrärahaa omaishoitoon on lisätty ja päivätoimintaa kehitetty kuntouttavaan suuntaan. Lisäksi kotihoitoon on kehitetty ja otettu käyttöön erilaisia palveluseteleitä, joilla on voitu tukea haja-asutusalueilla asuvien ikäihmisten kotona pärjäämistä sekä omaishoitajien vapaa-päivien järjestämistä. Ennaltaehkäisevät kotikäynnit on aloitettu kaikille 75-vuotiaille ja yli 75-vuotiaille. Pari vuotta sitten kotihoidossa on siirrytty tekemään työtä tiimeissä.

Tämä opinnäytetyö on osa Leppävirran kunnan laajempaa kotihoitotyön sisältöjen ja toimintatapojen kehittämisen kokonaisuutta. Opinnäytetyön liitteenä olevilla yhdessä henkilöstön kanssa luoduilla toiminta- ja menettelytapaohjeilla voidaan peilata arkisessa työssä tapahtuvaa asiakastyötä ja sen asiakaslähtöisyyttä. Lisäksi tällä hetkellä menossa on kotihoitoon kuuluvan päivätoiminnan sisällön kehittäminen. Päivätoiminnan kehittämiseen on saatu vinkkejä, ideoita ja ajatuksia Aktiivinen ikääntyminen Itä- ja Keski-Suomessa (Vanhus Kaste II) -hankkeelta. Erilaisissa työryhmissä on työstyetty päivätoiminnan yhteisiä linjauksia, sisältöä, organisoinnin selkiyttämistä sekä henkilöstön ammattitaidon ja osaamisen vahvistamista.

Asiakaslähtöisen kotihoitotyön lähtökohtana on hoito- ja palvelusuunnitelma, joka laaditaan yhteistyössä asiakkaan ja hänen omaisensa sekä kotisairaanhoidon ja alueen kotihoitotyöntekijän kanssa. Hoidon- ja palvelun tarpeen arvioinnin työkaluna käytetään toimintakykyä arvioivia mittareita. Toimintakyky jaetaan klassisesti psyykkiseen, fyysiseen ja sosiaaliseen osa-alueeseen. Fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä on tutkittu eniten – käden puristusvoimaa ja muistin säilymistä on helpompi tutkia kuin esim. selviytymistä sosiaalisissa suhteissa. Asiat ja ilmiöt, joihin sosiaalisella toimintakyvyllä viitataan, ovat moniaineksisia ja -kerroksisia, ja niitä on vaikeampi mitata yksinkertaisilla mittareilla. (Jyrkämä 2004, 157–158.)

Tällä hetkellä Leppävirran kunnan kotihoidon käytössä on RaVa-indeksi (Turun kaupungin terveystieteiden tutkimuskeskuksessa kehitetty vanhuksen toimintakyvyn arviointimittari), MMSE (Mini-Mental State Examination) on lyhyt älyllisen toimintakyvyn arviointiin tarkoitettu ”minitesti” sekä ADL-ikivihreät (Activities of daily living) mittaa ikäihmisen sosiaalista toimintakykyä ja arjessa selviytymistä. Tarvittaessa asiakkaille tehdään myös GDS-15 (The Geriatric Depression Scale) – myöhäisiän depressioaste, joka on suunniteltu helpottamaan vanhuusiän depressioiden tunnistamista. Lisäksi voidaan tehdä myös ravitsemustilan arviointiin tarkoitettu MNA (Mini Nutritional Assessment) -testi. Mittareiden käyttäminen mahdollistaa tasa-arvoisen ja oikeudenmukaisen palvelujen saatuuden. Mittarit luovat kriteeristön, joka ohjaa kotihoidon toimintaa. Mikäli RaVa-indeksin arvo on alle 1,5 henkilö ei yleensä kuulu kotihoidon piiriin, vaan hänet ohjataan käyttämään muita palveluita. Myös tukipalvelujen tarvetta arvioitaessa hyödynnetään toimintakykymittareita. Toimintakykymittarit ovat suuntaa antavia, sillä asiakkaan kokonaistilanne, yksilölliset tarpeet ja mielipide kuitenkin huomioidaan palveluita myönnettäessä.

Toimintakykyä mitattaessa tulee huomioida se missä, miten, millaisessa tilanteessa ja -ympäristössä toimintakykyä käytetään. Näin mahdollinen (potentiaalinen) ja todellinen (aktuaalinen) toimintakyky saataisiin erotettua toisistaan. Ikääntyvän omassa kodissa tehdyt toimintakyvyn mittaukset antavat kuvan siitä, miten hän pystyy toimimaan arkielämässään. Myös laitoksessa ja palvelutalossa saadut mittaustulokset tuovat lisätietoa ikääntyvän toimintakyvystä. Jyrkämän (2004, 157–158) mukaan koti, laitos ja palvelutalo ovat kukin omanlaisiaan toimintakyvyn areenoita, joissa merkitystä toimintakyvylle on ympäristöllisillä, fyysisillä ja sosiaalisilla seikoilla.

Kotihoitoon tulevat asiakkaiden ja heidän edustajiensa yhteydenotot pyritään selvittämään mahdollisimman pian, yleensä viikon kuluessa yhteydenotosta. Välitöntä apua tarvitsevien asiakkaiden hoito aloitetaan yleensä jo samana päivänä. Arvio asiakkaan toimintakyvystä tehdään aina kun asiakas hakee ensimmäistä kertaa hoitoa tai palveluja sekä silloin, kun hoitomuoto vaihtuu tai toimintakyvyssä havaitaan muutoksia. Muutoin arvio tehdään säännöllisesti kaksi kertaa vuodessa. Asiakkaan avuntarpeeseen vaikuttavat monet seikat muun muassa sairaudet, yksin asuminen, omaisten ja muiden tukihenkilöiden puute sekä puutteelliset asuinolosuhteet.

Leppävirran kunnan vanhusten kotihoito on jaettu maantieteellisesti kahteen isoon tiimiin, joissa työskentelee yhteensä 38 kotihoitotyön ammattilaista. Nämä isot tiimit on jaettu vielä kolmeen alueellisesti pienempään tiimiin. Tiimeissä työskentelee terveydenhoitajia, sairaanhoitajia, lähihoitajia, kodinhoitajia ja kotiavustajia. Lisäksi fysioterapian ammattiosaaminen on käytettävissä tarvittaessa. Asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmat kirjaa yleensä alueen kotisairaanhoitaja. Kotihoidossa työskennellään kolmessa vuorossa seitsemänä päivänä viikossa ja kaikkina päivinä on yhtä paljon työntekijöitä. Kotihoito huolehtii vanhuksen tarvitsemista lähinnä hoivaan ja hoitoon liittyvistä tarpeista. Siivouksen, kaupassa käynnin ja pelkän pesuavun asiakkaat ostavat yksityisiltä hoivapalveluyrittäjiltä tai saavat apua niihin omaisilta. Leppävirran kotihoitoon kuuluu myös palveluasuminen ja vanhuksille tarkoitettu tehostetun palvelun ryhmäasunto. Lisäksi tarjolla on tukipalveluita kuten ateriapalvelut (lounas, päivällinen), turvapalvelut (turvapuhelin, ovihälytin, palohälytin) ja saunotuspalvelu.

Asiakaslähtöisyys huomioidaan korostamalla asiakkaan roolia palvelutilanteen ja kokonaisuuden määrittämisessä. Tulevaisuudessa Leppävirran kunnan kotihoitotyön kehittäminen jatkuu omahoitajuuden kehittämisellä sekä mobiiliratkaisujen löytymisellä. Omahoitajuuden kehittäminen lisää asiakaslähtöisyyttä ja parantaa asiakkaiden toiveiden ja tarpeiden huomioimista.

4 ASIAKASLÄHTÖISYYS

Toimintaa ohjataan hyvin monella eri tasolla sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. Valtakunnallisella lainsäädännöllä (Kansanterveyslaki 1972, Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000, Sosiaalihuoltolaki 1984) ja erilaisilla kansallisilla suosituksilla ja ohjeilla määritellään palvelujen tuottamista. Kunnallisella tasolla määräävämpiä ovat paikalliset strategiat sekä organisaatioiden ohjeet ja säädökset. (Ala-Nikkola 2003, 39.) Asiakaslähtöiselle toiminnalle lainsäädäntö antaa kuitenkin vahvan pohjan. Lainsäädännön ohella kansalliset sosiaali- ja terveystieteelliset suositukset korostavat asiakkaan aseman parantamista.

Lisäksi sosiaali- ja terveystieteellisten palvelujen asiakaslähtöisyyttä määrittelevät yhä enemmän markkinaohjautuneen yhteiskunnan kuin myös hyvinvointiyhteiskunnan arvot ja toiminnan ohjauksen keinot (Kauppinen & Niskanen 2005; Ollila ym. 2003). Hyvin pitkään suomalaisen sosiaalialan työn toimintatapoja ohjasivat järjestelmäkeskeiset säädökset, vallinneet työkäytännöt sekä työntekijöiden ammatillisen aseman korostaminen. Ajatus siitä, että asiakkaat tarpeineen ja toiveineen olisivat palveluiden keskiössä, on kehittynyt hiljalleen. (Pohjola 2010, 45.) Kansallisten suositusten lisäksi myös paikalliset strategiat ja organisaatioiden ohjeet ja päätökset ohjaavat työn tekemistä asiakaslähtöisempään suuntaan (Ala-Nikkola 2003, 39).

Asiakaslähtöisyys voidaan nähdä sosiaalialan keskeisenä ohjaavana arvona ja periaatteena. Se sisältää ajatuksen kaikkien ihmisten oikeuksista ja arvokkuuden kunnioittamisesta. Asiakaslähtöisyydestä voidaan puhua silloin, kun asiakas on palvelujen keskipisteessä ja tarvittava hoito sekä palvelu järjestetään asiakkaan tarpeista lähtöisin (Ruotsalainen 200, 16). Kiikkala (2000, 116, 120) määrittelee asiakaslähtöisyyden arvosidonnaiseksi toiminnaksi. Lisäksi hän tuo esille asiakaslähtöisyyden neljä ulottuvuutta: näkemyksen asiakkaasta, työntekijästä, hoito- ja palvelutoiminnan luonteesta sekä toiminnan arvoperustasta. Asiakaslähtöisyys toiminnan arvoperustana painottaa asiakkaan kohtaamisen omana yksilönä: asiakasta ja hänen tapojaan, kulttuuriaan ja itsemääräämisoikeutta sekä uskontoaan kunnioitetaan. Tällöin asiakas on aktiivisessa roolissa itseään koskevien päätösten teossa. Asiakaslähtöinen toiminta ottaa huomioon asiakkaan tarpeet hänen omasta näkökulmastaan, jolloin toimintaa ei suunnitella vain ja ainoastaan organisaatiosta tai hoitotyön ammattilaisten lähtökohdista käsin.

Asiakaslähtöisen ajattelutavan mukaan palvelut tulisi järjestää toimiviksi myös asiakkaan näkökulmasta käsin ja kaikissa palveluissa pitäisi huomioida asiakassuhteen vuorovaikutuksellinen luonne (Virtanen ym. 2011, 18). Asiakkaan ja työntekijän kohtaamisessa kohtaavat aina myös yhteiskunnalliset, ajallis-paikalliset ja kulttuuriset tekijät, joten asiakaslähtöisyys voidaan nähdä myös sosiaalisena kysymyksenä (Pohjola 2010, 52). Sosiaalisuus tarkoittaa siis ihmisen vuorovaikutusta toisten ihmisten kanssa. Useimmat meistä muodostavat kokemustensa ja pohdintojensa pohjalta näkemyksen ihmisen olemuksesta ja mahdollisuuksista, jolloin syntyy ihmiskäsitys. Nämä oletukset ja arvostukset vaikuttavat joko tietoisesti tai tietämättä meidän jokaisen arviointeihin ja valintoihin. Ihmiskäsityksemme vaikuttaa myös moniin käytännön ratkaisuihimme, se heijastuu jopa arkipäivän keskustelumme. Asiakkaan näkökulmasta katsottuna asiakaslähtöisyyttä ei voida ikään kuin erikseen tuottaa tai tuoda palvelutilanteeseen, vaan se tuotetaan jokaisessa palvelutilanteessa aina uudelleen (Virtanen ym. 2011, 29).

Mönkkönen (2007) tuo esille, että on syytä kuitenkin erotella, milloin puhutaan asiakaslähtöisistä palveluista ja milloin taas asiakaslähtöisestä tai – keskeisestä vuorovaikutuksesta. Palveluiden kuvaamiseen sopii kyllä asiakaslähtöisyyden käsite, mutta vuorovaikutuksen tasolla ei ole syytä edetä vain toisen osapuolen ehdoilla. Vääränlainen asiakaslähtöisyyden korostaminen vuorovaikutustilanteessa saattaa johtaa työntekijän liialliseen neutraalisuuteen. (Mönkkönen 2007, 63–64.) Asiakaslähtöinen hoito- ja palvelutoiminta on aina vastavuoroista asiakkaan ja hänen hoitoonsa osallistuvan hoitotyön ammattilaisen välillä ja usein se suuntautuu tulevaisuuteen. Asiakaslähtöisessä toiminnassa työ etenee asiakkaan esittämien tarpeiden ja kysymysten mukaisesti. Tasavertaisessa yhteistyösuhteessa tilanteet huomioidaan asiakkaan näkökulmasta ja työntekijä ei tuo esille liikaa omia käsityksiään. (Kiikkala 2000, 118–119.)

Asiakaslähtöisesti toimiva työntekijä tukee asiakasta kohti itsenäisyyttä ja riippumattomuutta ja toimii muutenkin asiakkaan kanssa yhdenvertaisena ihmisenä. Tällöin työntekijä on kiinnostunut ihmisestä kokonaisuutena eikä hänen huomionsa suuntaudu vain sairauteen ja ongelmaan. (Kiikkala 2000, 119.) Työntekijän tulee pystyä muuttamaan toimintatapojaan muuttuvissa tilanteissa ja häneltä edellytetään herkkyyttä tunnistaa ihmisten ja tilanteiden erilaisuutta.

Tavoitteena on edistää asiakkaan voimavaroja sekä elämän hallintaa. Työntekijä tukee asiakasta omien voimavarojen mukaisten ratkaisujen löytämisessä ja päätösten tekemisessä, mutta ei kuitenkaan toimi asiakkaan puolesta. (Binnie & Titchen 1999, 16, 18.)

Usein saatetaan ajatella, että tarvelähtöisyys takaa asiakaslähtöisyyden, näin ei kuitenkaan ole. Asiakkaiden tarpeiden huomioiminen työskentelyssä ei sellaisenaan takaa esimerkiksi asiakkaan itsemääräämisoikeuden toteutumista. Tarpeiden huomioiminen on kuitenkin ensi askel asiakkaan kokonaisuuden näkemiseksi ja huomioimiseksi. Ongelmalliseksi tarvelähtöisyyden tekee se, että palvelujärjestelmässä tarpeita usein priorisoidaan, arvotetaan ja järjestellään. Näin ollen kaikki tarpeet eivät tule nähdyn tai niitä ei haluta tunnistaa. Tämä johtaa siihen, että tarpeiden arvottamisen taustalla olevien toimintatapojen vuoksi ihmiset tarpeineen eivät ole palvelujärjestelmän näkökulman mukaan tasa-arvoisia. (Pohjola 2010, 65–66.)

Saarenpää (2010) kiinnittää huomiota siihen, että ihmisten oikeuksien toteutumista edellyttäviä palveluita ei saa kielellisesti muokata paremman kuuloisiksi kuin mitä ne todellisuudessa ovat. Olisikin syytä huomioida, että kansainvälisessä keskustelussa asiakaslähtöisyys yhdistyy nimenomaan toiminnan tehokkuuden lisäämiseen. (Saarenpää 2010, 133.) Vanhuspalveluita yleisesti ajatellen asiakaslähtöisyys voisi tarkoittaa laadukkaita, taloudellisesti kestäväällä pohjalla olevia ja osallisuutta lisääviä tarpeenmukaisia palveluita. Kotihoitotyön asiakaslähtöisyys muotoutuu vuorovaikutussuhteessa. Merkittävää on se, että ikäihmiset saavat äänensä kuuluviin heidän omissa asioissaan ja että heitä oikeasti kuullaan.

5 OPINNÄYTETYÖN TEHTÄVÄ JA TARKOITUS

Tämän opinnäytetyön tehtävänä oli asiakaslähtöisten kotihoitopalvelujen kehittäminen Leppävirran kunnan kotihoidossa. Tarkoituksena oli toimintatutkimuksen keinoin selvittää 1) miten asiakaslähtöistä työtä voidaan kehittää ja 2) luoda kotihoitoa ohjaavat toiminta- ja menettelytapaohjeet, hyvän hoidon periaatteet.

Toiminta- ja menettelytapaohjeen luominen on perusteltua asiakaslähtöisen kotihoitotyön toimintatapojen yhtenäistämiseksi. Kotihoidossa on tärkeitä keskittyä niihin asioi-

hin, jotka ovat asiakkaille tärkeitä ja jotka tuottavat tulosta. Myös palvelujen laadun ja sujuvuuden takia tarvitaan yhteisesti sovittuja toimintaperiaatteita. On todella tärkeää, että kaikki tietävät mitä organisaatiossa on sovittu. (Holma ym. 2002, 36.) Yhteisten toimintaa ohjaavien periaatteiden kirjaaminen työohjueksi on tärkeää myös toiminnan arvioimisen ja parantamisen näkökulmasta. Lisäksi kirjatut ja yhteisesti sovitut asiat velvoittavat henkilöstöä toimimaan sovitun mukaisesti.

6 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TOTEUTUS

6.1 Keskeiset toimijat ja tehtävät

Keskeisinä avaintoimijoina ovat olleet kotihoidon työntekijät (kotiavustajat, kodinhoitajat, lähihoitajat, sairaanhoitajat, terveydenhoitajat), sillä heidän ajatustensa ja ideoidensa pohjalta koko kehittämistyö käynnistettiin. Henkilöstö on voinut olla mukana kehittämistyössä koko sen toteuttamisen ajan ja kehittämistyö on ollut toimijalähtöistä. Kotona asuvat ikäihmiset valikoituivat kaikilta kotihoidon alueilta sen mukaan, että he pystyivät vastaamaan kyselyyn. Kotihoidon henkilöstö kysyi kirjallisesti luvan asiakkaan tietojen antamiseen haastattelijalle noin kolmeltakymmeneltä (30) palveluiden piirissä olevalta ikäihmiseltä. Näiden joukosta Kaste-hankkeen työntekijä valitsi satunnaisesti ne, joita hän kävi haastattelemassa. Kehittäjä-tutkija toimii kehittämisen kohteena olevassa yksikössä esimiehenä ja hänellä oli aikaisempaa tietoperustaa kotihoidon kehittämisen tarpeista. Yhteistyökumppaneista palveluasumisen ja päivätoiminnan henkilöstö antoivat hyviä ideoita ja ajatuksia kehittämistyön pohjaksi. Tämän kehittämistyön rinnalla on menossa myös päivätoiminnan työn sisällön ja organisoinnin kehittäminen. Seuraavassa kuviossa on esitetty keskeiset toimijat ja kehittämisen ydintehtävät.



Kuvio 1. Keskeiset toimijat ja kehittämisen ydintehtävät

Avaintoimijat, tässä tapauksessa kotihoiton ammattilaiset tarvitsevat laaja-alaista tietoa kotihoitoon ja asiakkaisiin liittyvistä asioista sekä kykyä koota erilaista tietoa yhteen ikäihmisen elämänlaadun tukemiseksi. Lisäksi kodeissaan asuvat ikäihmiset ovat asiantuntijoita omaan elämäänsä liittyvissä asioissa.

6.2 Menetelmänä toimintatutkimus

Toimintatutkimuksen varsinaisena ”isänä” voidaan pitää amerikkalaista sosiaalipsykologi Kurt Lewiniä (1890–1947), joka hahmotteli toimintatutkimuksen perusteita ja teki sen tunnetuksi. Lewinin ajatukset teorian ja käytännön sekä toiminnan ja tutkimuksen yhteydestä ovat luoneet erittäin lujan pohjan toimintatutkimukselle. Lewinin ajatus siitä, että sosiaalista tilannetta voidaan ymmärtää parhaiten, kun tilannetta yritetään ensin muuttaa ja sitten arvioidaan muutoksen vaikutuksia, on yhä keskeinen lähtökohta toimintatutkimuksessa.

Ojasalo & Moilanen & Ritalahti (2009, 40) sanovat, että tulisi pohtia ensin sitä, mihin tarkoitukseen menetelmää tullaan käyttämään ja millaista tietoa tarvitaan. Keskeistä

kehittämistyössä on menetelmien moninaisuus, jolloin erilaisilla menetelmillä saadaan kehittämistyön tueksi erilaisia näkökulmia ja ideoita. Toimintatutkimus on osallistavaa tutkimusta, jonka tarkoituksena on pyrkiä yhdessä ratkaisemaan havaittuja käytännön ongelmia ja löytämään niihin ratkaisuja ja lisäksi sen tavoitteena on kehittää koko yhteisön toimintaa (Huovinen & Rovio, 2006, 94; Ojasalo & Moilanen & Ritalahti, 2009, 58). Toimintatutkimuksella haetaan myös käytännön hyötyjä sekä käyttökelpoista tietoa. Pyörteenomaisesti toimintatutkimus johtaa jatkuvasti uusiin kehittämisideoihin (Heikkinen & Rovio & Kiilakoski, 2006, 80). Toimintatutkija osallistuu myös itse toimintaan, on aktiivinen vaikuttaja sekä toimija ja rohkaisee ihmisiä tarttumaan asioihin, jotta niitä voidaan kehittää paremmiksi (Heikkinen, 2006, 19–20).

Tämän kehittämistyön viitekehykseksi valitsin toimintatutkimuksen, koska tämä antaa parhaan mahdollisuuden kehittää asioita yhdessä asiakkaiden ja henkilöstön kanssa. Toimintatutkimus antaa toimijoille mahdollisuuden toimia aktiivisesti muutoksessa sekä toimia yhteistyössä tutkijan kanssa. Lisäksi osallistava kehittämismenetelmä antaa tutkija-kehittäjälle monia etuja; yhdessä keksityt ratkaisut ovat parempia kuin ulkoa tuodut. Yhteisön työntekijät tuntevat toiminnassaan olevat haasteet paremmin kuin muut ja usein, päästessään vaikuttamaan asioihin, he ovat motivoituneita ja valmiita muutoksiin. Toimintatutkimuksella suunnitellaan ja kokeillaan uusia toimintatapoja ja toimintatutkimus on yleensä ajallisesti rajattu kehittämis- ja tutkimusprojekti (Heikkinen, 2006, 17).

Heikkinen & Rovio & Kiilakoski (2006, 86) sanovat, että toimintatutkimuksen tutkimusongelmat kehkeytyvät yleensä vähitellen. Näin ollen täsmällistä tutkimussuunnitelmaa ei etukäteen voida kirjoittaa, eikä myöskään tiedonhankinnan etenemistä voida täsmällisesti kuvata. Raunion (1999, 264–265) mukaan vuorovaikutuksessa tapahtuva paras mahdollinen työskentely perustuu toiminnan sisäisen eli eläytyvästi ymmärtävän ja ulkoisen vuorotteluun. Niinpä ymmärtämisen lähtökohtana eivät olekaan yksittäiset asiat ja niiden väliset suhteet, vaan ilmiöiden tarkasteleminen peilattuna kokonaistilanteeseen. Perustana on käsitys kokonaisuudesta, jossa erilaisia osia voidaan ymmärtää. Toisaalta yksittäisten ilmiöiden tarkastelun kautta voidaan syventää kokonaisuuden ymmärrystä. Mielestäni sosiaalialan työhön sovellettuna tämä tarkoittaa sitä, että kokonaisuuden kautta ymmärretään asiakkaan ongelmallista elämäntilannetta eikä niinkään

yksittäisen ilmiön kirjaamisen kautta. Toimintatutkimuksessa mahdollisimman moni yhteisön jäsen ja toimija osallistuu aktiivisesti tutkimukseen ja kehittämiseen.

6.3 Tutkijan rooli toimintatutkimuksessa

Tässä opinnäytetyössä tutkija kuuluu osaksi työyhteisöä, jossa kehittämistehtävä toteutetaan. Toimintatutkimuksen tavoitteena on kehittää yhteisön toimintaa, joten tutkijan tulee olla kiinnostunut toiminnan havainnointiin ja analysointiin (Huovinen & Rovio 2006, 94–95). Tutkimus käynnistyy yleensä tutkijan halusta kehittää omaa työtään ja toimintatutkijalla on käytännön kokemusta tutkimuskohteestaan. Meyerin (2007, 274, 279) mukaan toimintatutkijalla on käytännön kehittäjän roolin lisäksi myös muutosagentin rooli, minkä takia hän tarvitsee osaamista ja taitoja myös muutosjohtamisesta. Toimintatutkijan tehtävänä on halutun muutoksen käytäntöön vienti.

Toimintatutkimuksessa tutkija tekee tarvittavat interventiot tutkimuksen eteenpäin viemiseksi sekä osallistuu itse aktiivisesti tutkimaansa toimintaan. Lisäksi tutkijan oma kokemus ja havainnot tutkittavasta aiheesta ovat oleellinen osa tutkimusmateriaalia. Tutkimusmateriaalia keräämällä tutkijan ymmärrys lisääntyy. Tätä ymmärtämisen ja tulkinnan prosessia kutsutaan hermeneuttiseksi kehäksi. (Heikkinen 2006, 19–20; Heikkinen 2007b, 205.)

Tässä opinnäytetyössä tutkijan lähestymistapa oli tiedostava, jolloin tutkija toi esille teoreettisia näkökulmia sekä ohjasi ja auttoi kehittämistyöhön osallistuvia yhdistämään teorian käytäntöön. Edellytyksenä tämän tutkimuksen onnistumiselle oli tutkijan työyhteisön ja työssä tarvitseman tietoperustan tuntemus sekä työyhteisön aktiivinen osallistuminen kehittämistyöhön.

Tutkijana ymmärsin sen, että toimintatutkimuksen todellisuus ja siihen yhdistyvä tieto rakentuvat erilaisina prosesseina jokaisen yksilön suhteista toisiin yksilöihin sekä ympäröivään yhteiskuntaan. Lisäksi tutkijana minun tuli huolehtia siitä, että tieto kehittämiseen liittyvistä asioista meni jokaiselle toimijalle samanlaisena.

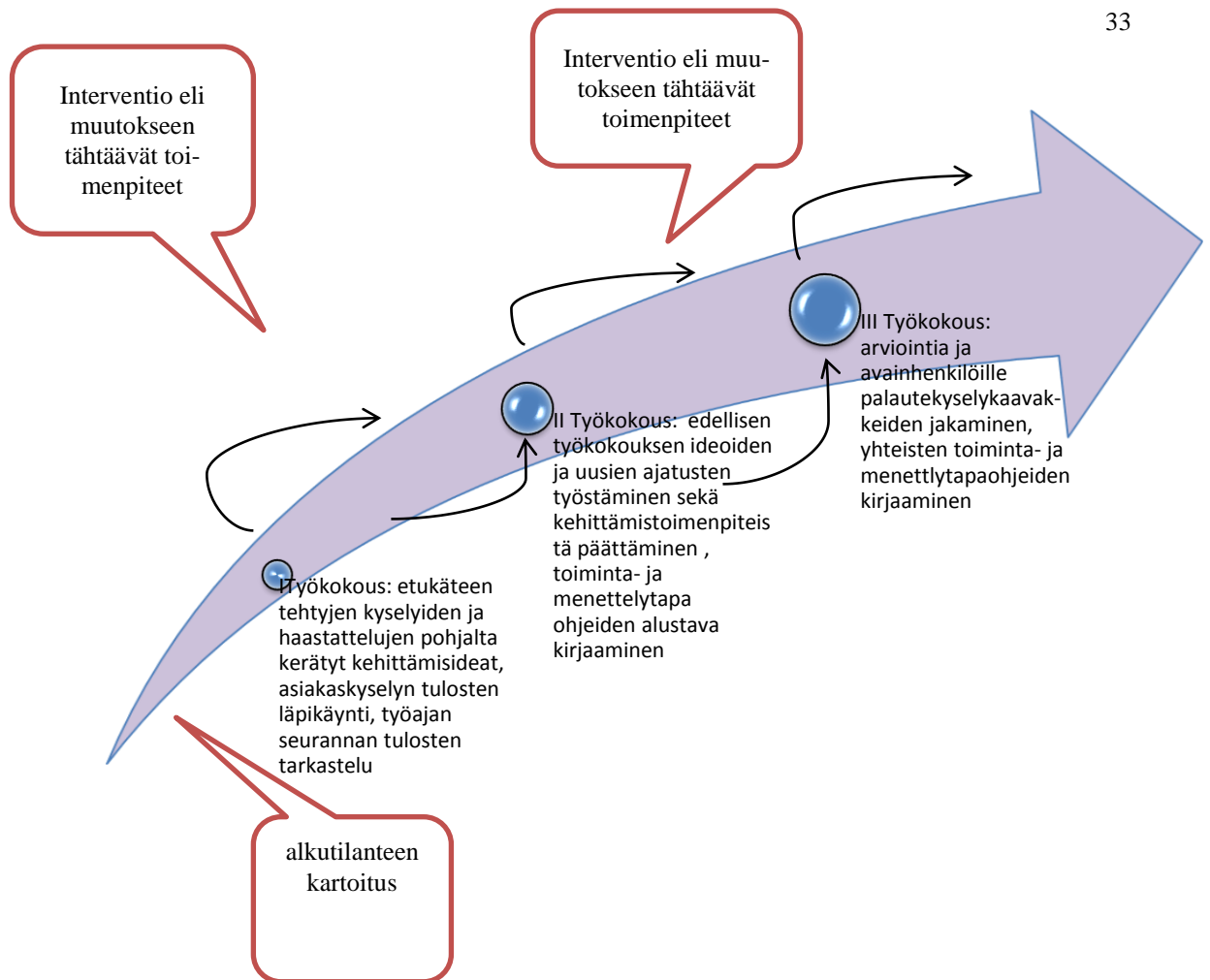
Itsestäni tuntui, että vaikka toimin ko. yksikössä esimiehenä ei sillä ollut suurtakaan merkitystä siihen, miten kehittämistyö eteni tai miten kehittämistyöhön suhtauduttiin muiden toimijoiden taholta. Koin, että kehittämistyö eteni kuitenkin toimijoilta tulleiden ideoiden ja ajatusten pohjalta.

6.4 Toimintatutkimuksen reflektiivisyys ja spiraalimaisuus

Toimintatutkimuksen lähtökohdista yksi on reflektiivinen ajattelu (Heikkinen 2007b, 201). Reflektiivisessä ajattelussa ihminen katsoo itseään ikään kuin ulkopuolisen silmin, etäännytyy itsestään ja pyrkii näkemään oman toimintansa ja ajattelun uudesta näkökulmasta. Tavoitteena on reflektiivisen ajattelun kautta päästä näkemään vakiintuneet käytänteet uudessa valossa. (Heikkinen 2007b, 201–202.) Reflektiivisyydellä tarkoitettiin tässä opinnäytetyössä sitä, että ihminen ajattelee itseään subjektina ja katsoo omaa toimintaansa ikään kuin ulkopuolisen silmin. Myös tapaamiset olivat opinnäytetyön reflektiopisteitä.

Toimintatutkimuksessa suunnittelu, havainnointi, reflektointi ja toiminta seuraavat toisiaan. Tästä käytetään nimitystä toimintatutkimuksen sykli. Ensimmäinen sykli alkaa kun tutkija suunnittelee ja toteuttaa uuden toimintatavan. Toiminta etenee uusien suunnittelu-kokeilu syklien kautta ja näin muodostuu kokeilun ja tutkimuksen vuorovaikutuksena etenevä toimintatutkimukselle tyypillinen spiraali. (Heikkinen & Rovio & Kii-lakoski 2006, 79–80.)

Kehittämistyössä lähdettiin liikkeelle alkukartoituksen ja haastattelujen tekemisellä. Tämän jälkeen sovittiin yhteiset työkokoukset, joissa työstiin tälle kehittämistyölle asetettuja, toimijoiden itseltään esille nousseita, kotihoitotyön kehittämiseen tähtääviä asioita. Seuraavassa kuviossa on kuvattu kehittämistyön eteneminen ja toteutus spiraalimallilla.



Kuvio 2. Tutkimuksen toteutuksen spiraalimalli

Interventiot eli muutokseen tähtäävät toimenpiteet koostuivat ohjeista, välitehtävistä sekä arvioinneista ja asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien tarkistamisesta. Lisäksi lyhyiden yhteenvetojen tekeminen palveluja saavista asiakkaista olivat myös osa interventiota.

6.4.1 Ensimmäinen työkokous

Ensimmäinen työkokous pidettiin syyskuussa 2011. Tähän kokoukseen pääsivät osallistumaan kaikki kotihoidossa vakinaisessa työsuhteessa työskentelevät. Kokouksessa käsiteltiin keväällä alkukartoituksessa esiin tulleita teemoja / kysymyksiä. Työskentely aloitettiin pohtimalla kiireen merkitystä ja syntyä kotihoitotyössä seuraavien kysymysten kautta:

- 1) Mitä on kiire - olenko jäänyt siihen ”koukkuun”?
- 2) Mistä asioista kiire syntyy - luonko itse kiirettä?

- 3) Minne minulla on kiire?
- 4) Osaanko organisoida työni – miten sen teen?
- 5) Kuinka estän kiireen syntyä? (asenteet, omat ajatukset)

Tämän jälkeen jaoin henkilöstön pienryhmiin, pyytämällä sanomaan luvut yhdestä viiteen, jolloin muodostui viisi kuuden-seitsemän hengen ryhmää. Pienen alustuksen jälkeen jokainen ryhmä sai pohdittavakseen hyvään hoitoon, asiakkaan kohtaamiseen, vuorovaikutukseen, asiakaslähtöisyyteen, työkaverin huomioimiseen ja työhyvinvointiin liittyviä asioita ja kysymyksiä. Kysymykset olin kerännyt alkuhaastattelussa esiin tulleista ajatuksista ja ideoista:

- näitä asioita pidän tärkeänä kohdatessani vanhusasiakkaan
- miten voin huomioida vanhusasiakkaan yksilöllisyyttä
- mielestäni hyvä hoito tarkoittaa seuraavia asioita
- kuinka voin lievittää vanhusten yksinäisyyttä
- ulkoilun merkitys vanhukselle
- miten huolehdin omasta ja työkaverin hyvinvoinnista
- mitkä asiat näen tärkeänä asiakaslähtöisyydessä ja kotihoitotyön sisällön kehittämisessä
- miten voin kehittää vuorovaikutustaitojani.

Jokainen ryhmä kirjasi paperille ylös edellä mainittuihin asioihin liittyviä ideoita ja ajatuksia. Tämän jälkeen ryhmät esittelivät tuotoksensa toisille ja muut ryhmät saivat kirjata lisää ajatuksia aiheeseen, mikä liittyi toisten ryhmien paperilla oleviin tuotoksiin. Samanaikaisesti minä tein keskusteluista muistiinpanoja. Asioiden esittämisen jälkeen keräsin paperituotokset itselleni. Esille tulleet asiat ryhmiteltiin ja muokattiin valmiiksi seuraavaa työkokousta varten. Ryhmittelyn jälkeen kirjasin ylös alustavaa toiminta- ja menettelytapaohjetta. Tässä työkokouksessa tuli esille erilaisia näkökulmia asiakaslähtöisyydestä. Joillekin asiakaslähtöisyys merkitsi asiakkaan asioiden kokonaisvaltaista näkemystä ja joillekin vain yhtä asiaa esimerkiksi laatua, turvallisuutta tai sitä, että asiakas saa päättää omista asioistaan.

Työkokouksessa kävi myös Kaste-hankkeen työntekijä esittelemässä kesällä tehdyn asiakaskyselyn tuloksia. Tuloksista kävi ilmi, että asiakkaat toivovat saavansa enemmän

henkilökohtaista aikaa hoitajilta ja oman hoitajan kotihoidosta sekä pääsevänsä osallistumaan enemmän kodin ulkopuolisiin tapahtumiin. Lisäksi asiakkaat toivoivat enemmän yksilöllisten tarpeiden ja toiveiden huomioimista. Kyselyn mukaan asiakkaat olivat tyytyväisiä saamiinsa palveluihin sekä työntekijöiden ystävällisyyteen, luotettavuuteen ja ammattitaitoon.

Kokouksen lopuksi sovittiin, että alustavasti kirjaamani toiminta- ja menettelytapa ohje lähetetään tiimeihin luettavaksi ja kommentoitavaksi. Sovittiin, että kommenttien ja lisäyksien jälkeen ohje palautetaan minulle marraskuun loppuun mennessä.

6.4.2 Toinen työkokous

Toinen työkokous pidettiin tammikuussa 2012. Kokoukseen pääsi osallistumaan 22 kotihoidon työntekijää. Tässä kokouksessa käytiin läpi edellisen kokouksen muistiinpanot sekä tehtiin lisäyksiä ja korjauksia alustavaan toiminta- ja menettelytapa ohjeeseen. Lisäksi henkilöstö mietti ensin yksin ja sen jälkeen pareittain seuraavia asioita:

- miten voin edistää asiakkaan omatoimisuutta
- kuinka pidän yllä omaa ammatillista osaamistani
- mitkä ovat ne keinot / tavat, joilla voi tarkistaa sen miten olen noudattanut yhteisesti sovittuja asioita.

Kukin työpari esitti ajatuksensa toisille ja toiset saivat täydentää niitä. Tätä kokousta varten olin lisännyt alustavaan toiminta- ja menettelytapaohjeeseen kommenttikierroksella esiin tulleet asiat. Uudet asiat käytiin vielä yhdessä keskustellen läpi, tehtiin joitakin sanallisia muutoksia sekä kirjauksia ja sovittiin, että kirjoitan ohjeen puhtaaksi. Tein tästäkin kokouksesta muistiinpanot, joita käytin kolmannessa työkokouksessa. Työkokouksen lopuksi annoin henkilöstölle välitehtäväksi (valmiiksi ensi syksyä varten) miettiä omahoitajuuden merkitystä kotihoidon vanhusasiakkaalle.

6.4.3 Kolmas työkokous

Kolmas ja samalla viimeinen tämän kehittämistyön työkokous pidettiin huhtikuussa 2012. Kokoukseen osallistui 22 kotihoidossa työskentelevää henkilöä. Kokous aloitet-

tiin käymällä läpi edellisen työkokouksen muistio sekä kertaalleen vielä puhtaaksi kirjoittamani toiminta- ja menettelytapaohje, johon tehtiin vielä kerran tarvittavat korjaukset ja muutokset. Tämän jälkeen sovittiin, että toiminta- ja menettelytapaohje on valmis ja sen voi kirjoittaa lopulliseen muotoon. Kokouksessa työstiin edelleen toisessa työkokouksessa kesken jäänyttä yhteisesti sovittujen asioiden noudattamiseen liittyvää tarkastuslistaa. Jokainen sai tuoda yksitellen esiin oman näkökulmansa siitä miten seurataan, että olemme noudattaneet yhteisesti sovittuja asioita. Kirjasin ylös kaikki esiin tulleet ideat. Viimeisenä asiana käytiin läpi myös työajan seurannassa esiin tulleita asioita muun muassa kiertolistojen suunnittelua (matkat asiakkaalta toiselle), lääkerekkojen siirto edelleen apteekkijakoon sekä asiakkaiden ulkoiluun ja virkistykseen käytettävää aikaa. Työkokouksen lopuksi jaettiin loppuarviointiin liittyvät kysymyslomakkeet (liite 2) yhdeksälle avainhenkilölle. Tässä kokouksessa avattiin myös omahoitajuutta niin, että ensin parin kanssa keskustellen pohdittiin omahoitajuuden käsitettä. Jokaisen parin ajatukset omahoitajuudesta kirjoitettiin ylös odottamaan tulevaa käsittelyä. Sovittiin, että omahoitajuuteen ja sen kehittämiseen palataan syksyllä 2012.

Työkokouksissa käytiin innokasta ja vilkasta yhteistä keskustelua ja pohdintaa niin työkäytänteistä kuin omista kokemuksistakin. Esille tuli myös toive siitä, että tämän tyyppisiä yhteisiä ”kehittämissessioita” tulisi järjestää säännöllisesti.

6.5 Tutkimusaineisto ja sen keruu

Tämän toimintatutkimuksellisen opinnäytetyön tutkimusaineisto muodostui lähtötilanteen kartoituksesta, asiakkaiden haastatteluista, työkokouksissa päätetyistä kehittämistoimenpiteistä sekä lopuksi avainhenkilöille tehdystä kyselystä (liite 2). Aineistona käytin työkokouksista eri menetelmin kuten yksilö-, pari- ja ryhmätyönä tehtyä ja kerättyä tietoa. Työkokouksista tein muistiinpanoja, joista muodostui käsiteltävien asioiden lista seuraavaan työkokoukseen.

Kuvio 3. Tutkimus- ja kehittämistehtävän vaiheet ajanjaksoittain:

Toimintatutkimusvaihe	ajanjakso
Tutkimus- ja kehittämistehtävän tunnistaminen ja määrittäminen – alkukartoitus ja henkilöstön haastattelut	tammikuu – kesäkuu 2011
Asiakaskyselyt	kesäkuu-heinäkuu 2011
Ensimmäinen työkokous, asiakaskyselyn tuloksien esittely, alkukartoituksen tuomien kehittämisehdotusten valinta ja työstäminen	syyskuu 2011
Toinen työkokous, ensimmäisen työkokouksen tuotoksen kommenttikierros, uusien asioiden ideointi ja työstäminen	tammikuu2012
Kolmas työkokous	huhtikuu 2012
Loppuarvioinnin ja palautteen kerääminen (avainhenkilöt)	toukokuu2012
Raportin kokoaminen	kesäkuu – syyskuu 2012

6.5.1 Lähtötilanteen kartoitus

Tutkimushetkellä Leppävirran kunnan kotihoidossa oli säännöllisen kotihoidon asiakkaita noin 120 ja työntekijöitä 36. Lähtötilanteen kartoituksessa käytin laatimaani kyselykaavaketta (liite 1), jonka jaoin henkilöstölle tammikuussa 2011. Tämän kyselykaavakkeen pohjalta kävin jokaisen kanssa henkilökohtaisen keskustelun, sillä halusin jokaisen työntekijän tuovan esille omia henkilökohtaisia ajatuksiaan ja ideoitaan kotihoitoyöstä. Lisäksi haastattelujen tarkoituksena oli kartoittaa kotihoitotyössä esiintyviä puutteita ja työntekijöiden odotuksia. Halusin saada tietoa myös siitä, mitä työntekijät ajattelevat asiakaslähtöisyydestä ja siitä, minkälaisia ajatuksia asiakaslähtöisyys heissä herättää. Varsinaiset keskustelutilanteet pyrin luomaan ulkoisilta puitteiltaan samanlaisiksi kaikille työntekijöille. Hirsjärvi & Hurme (2001, 74) tuovat esille, että haastattelupaikan tulee olla rauhallinen ja haastateltavalle turvallinen. Kahdenkeskiset keskustelut toteutettiin työhuoneessani ja niiden kesto vaihteli 45 minuutista yhteen tuntiin. Keskustelun kuluessa tein tarkentavia kysymyksiä ja muistiinpanoja. Keskustelun vetäjän roolissa toimin kuuntelevana, kyselevänä, havainnoivana ja analysoivana. Pyrin viemään keskustelua eteenpäin haastateltavan antamien vihjeiden perusteella, kuitenkin tutkimuksen tavoitteiden suuntaisesti.

Keskustelun aikana jokainen sai tuoda esille omat ammatilliset vahvuutensa kotihoitotyössä sekä vastaavasti ammatilliset kehittämisen tarpeet. Lisäksi keskusteluissa tuli esille, mitä asioita haluttiin lähteä kehittämään kotihoidossa. Näistä kehittämis ehdotuksista valittiin sitten ne, joita halusimme tarkastella lähemmin.

Kotihoitoasiakkaiden haastattelussa pohjana oli Kaste-hankkeen työntekijän tekemä asiakaskysely. Koska tutkimus- ja kehittämistyöni on ajanjaksoltaan lyhyt, ei aika riittänyt kovin perusteellisten ja analyttisten haastattelujen tekemiseen.

6.5.2 Kotona asuvat ikäihmiset ja kotihoidon henkilökunta

Kehittämistyöhön osallistui kaksi isoa kotihoidon tiimiä sekä molemmista kotihoitotimistä omissa kodeissaan asuvia vanhusasiakkaita. Kehittämistyöhön osallistui yhteensä 36 kotihoitotyön ammattilaista (kotiavustajia, kodinhoitajia, perushoitajia, lähihoitajia, sairaanhoitajia ja terveydenhoitajia) sekä säännöllisen kotihoidon piirissä olevia vanhusasiakkaita 15. Vanhusasiakkaiden kohdalla en tarkemmin selvittänyt ikäjakaumaa tai muuta sosioekonomista asemaa, sillä pääpaino tutkimuksessani oli selvittää, miten asiakaslähtöistä työtä voidaan kehittää sekä yhteisten hoitoa ohjaavien toiminta- ja menettelytapaohjeiden laatimisessa. Kehittämistyön tavoitteena oli, että kotihoidon henkilöstö osallistuu oman työnsä kehittämiseen ja arviointiin. Vain ihmisten oman osallistumisen avulla, heidän itsemääräämisoikeuttaan kunnioittaen, voi yksilöiden ja yhteisöjen elämänlaatua parantaa.

6.5.3 Kehittämistyöhön osallistuneiden kyselyt ja haastattelut

Tähän kehittämistyöhön tehtiin muutamia erilaisia ja erilaatuisia kyselyitä, seurantoja ja haastatteluita, joissa kerättiin materiaalia kehittämistyön alku-, väli- ja loppuarvioiteja varten. Nämä aineistot toimivat samalla tämän kehittämistyön seurannan ja tutkimuksen aineistoina. Asiakaslähtöisyydelle suuntaa antavina asioina tässä kehittämistyössä käytettiin asiakkaiden esittämiä toiveita hoidon järjestämiseksi.

Taulukko 1. Kehittämistyössä tehdyt kyselyt ja haastattelut

Kyselyn/haastattelun tekijä	Ketä haastateltiin, keneltä kysyttiin	Kyselyjen ja haastattelujen lukumäärä
Kehittäjä-tutkija	<ul style="list-style-type: none"> • lähtötilanteen selvitys ja alkukartoitushaastattelut koko kotihoitohenkilöstölle (36 henk.) • ensimmäinen työkokous (32 henk.) • ensimmäisessä työkokouksessa kirjattujen asioiden kommentointikierrokset • toinen työkokous (22 henk.) • kolmas työkokous (22 henk.) • avainhenkilöiden loppuarviointi kysely (9) 	$2 \times 36 = 72$ 1 2 1 1 1
Kaste-hankkeen työntekijä	<ul style="list-style-type: none"> • kotihoitoasiakkaiden haastattelut 	$1 \times 15 = 15$
yhteensä		93

Taulukon luvut koostuvat niistä toimenpiteistä, jotka olen tallentanut itselleni tämän tutkimus- ja kehittämistyön aikana. Aineiston kerääminen oli mielenkiintoista ja antoi monia erilaisia näkökulmia aineiston jatkotyöstämistä sekä jatkotyöskentelyä varten.

6.6 Aineiston analyysi

Toimintatutkimuksen päätavoitteena on toimintakäytäntöjen kehittäminen ja uuden luominen. Se on jatkuva prosessi ja kehittämishankkeen hyvän toteutumisen takia on aineistoa käsiteltävä ja analysoitava jo kenttävaiheessa. Näin se ohjaa myöhemmin tapahtuvaa aineiston keruuta oikeaan suuntaan. (Kiviniemi 1999, 76.)

Tämän opinnäytetyön aineiston analyysiin käytin aineistolähtöistä sisältöanalyysiä ja teemoittelua. Teemoittaminen tarkoittaa sitä, että aineisto pelkistetään ja siitä etsitään olennaisimmat asiat ja nostetaan esiin tutkimusongelmaa valaisevia teemoja (Moilanen & Räihä 2007, 55; Metsämuuronen 2006, 124). Sisältöanalyysillä tarkoitetaan kerätyn aineiston tiivistämistä ja selkeyttämistä niin, että tutkittavaa ilmiötä voidaan kuvailla lyhyesti ja yleistävästi. (Ojasalo & Moilanen & Ritalahti 2009, 124.) Olennaista sisältö-

analyysissä on myös ryhmittely, jolloin aineistoista pystytään erottamaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään sekä yhdistetään luokaksi, jonka jälkeen ne nimetään luokan sisältöä kuvaavalla nimellä. Aineisto tiivistyy alaluokiksi jotka edelleen ryhmitellään yläluokiksi. Tätä tehdään niin kauan kuin se aineiston sisällön näkökulmasta on mahdollista. Sisältöanalyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn. Analysoitava informaatio voi olla suullista kommunikaatiota tai kirjoitettua. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21, 23; Ojasalo & Moilanen & Ritalahti 2009, 125; Tuomi & Sarajärvi 2011, 108–112.) Sisältöanalyysillä etsitään tutkittavien asioille antamia merkityksiä (Jyrhämä 2004, 224).

Listasin kaikki alkuperäiset ilmaukset, pelkistin ne ja listasin taas pelkistetyt ilmaisut. Apuna ilmausten käsittelyssä käytin päiväkirjaa sekä fläppitaulua. En nauhoittanut keskusteluja, joten en voinut myöskään litteroida niitä.

Kuvio 4. Esimerkki aineiston pelkistämisestä

alkuperäisilmaukset	pelkistetty ilmaus
”Asiakas on mukana suunnittelussa ja kehittämisessä, eikä pelkästään toiminnan kohteena.”	Asiakas ei ole kohde.
”Asiakkaan omia voimavaroja ja elämän hallintaa pystytään lisäämään hänen toiveidensa pohjalta.”	Asiakkaan ehdoilla.

Pelkistämisen jälkeen luokittelin aineiston valitsemalla käsitteiksi alaluokka, yläluokka ja yhdistävä luokka. Ryhmittelin pelkistetyt ilmaisut niitä mahdollisimman hyvin kuvaaviin alaluokkiin. Esimerkiksi pelkistetyt ilmaukset: Asiakas ei ole kohde ja Asiakkaan ehdoilla sijoitin alaluokkaan Asiakkaan oikeudet.

Aineistolähtöiseen sisältöanalyysiin kuuluu myös abstrahointi, yleiskäsitteiden muodostaminen pelkistämällä. Aineiston abstrahoinnissa erotetaan tutkimuksen kannalta oleellinen tieto ja näin luodaan teoreettinen käsitteistö. Näiden yleiskäsitteiden avulla tutkija muodostaa kuvauksen tutkimuskohteestaan. (Ojasalo & Moilanen & Ritalahti 2004, 125.)

Ensimmäisen aineistonkeruun eli alkukartoitushaastattelut analysoin teemoittamalla. Lisäksi tein muistiinpanoja keskustelujen sisällöstä. Laskin määrällisesti eli kvantifioin, kuinka usein kukin haastateltava toi esille esimerkiksi asiakkaan saamaan palveluaikaan (kiire) liittyviä kehittämistarpeita. Tältä pohjalta esiin nousi viisi teemaa eli viisi kotihoitotyön kehittämisen kannalta tärkeintä asiaa.

Kuvio 5. Esimerkki aineiston teemoittelusta

alkuperäisilmaukset	pelkistetty ilmaus (teema)
<p>”Alueiden välisen työtaakan tasapuolinen jakautuminen.”</p> <p>”Kiire hankaloittaa meille tärkeintä asiaa eli asiakkaiden kohtaamista.”</p> <p>”Kiireestä huolimatta asiakas on meille ykkönen.”</p>	Kiireen vaikutus asiakaslähtöisessä työssä.
<p>”Ilman asiakkaita meitä ei tarvita ollenkaan.”</p> <p>”Kannetaan yhdessä vastuuta – autetaan toisiamme.”</p>	Asiakaslähtöisyyden toteutumiseen vaikuttavat tekijät.

Aineiston analyysiä jatkoin koodaamalla ne väreiksi. Etsin kirjoittamistani muistiinpanoista kotihoitoon liittyviä toimivia ja toimimattomia käytäntöjä sekä hyvään hoitoon ja asiakaslähtöisyyteen liittyviä kehittämisideoita. Punainen tarkoitti toimimatonta käytäntöä, vihreä kunnossa olevaa ja keltainen kehittämisideaa. Näistä väreistä nousi kotihoidon kehittämistarpeet, kehittämisideat ja olemassa olevat hyvät ja toimivat käytännöt.

Seuraavan aineistonkeruutilaisuuden eli ensimmäisen työkokouksen pohjana oli alkukartoitushaastattelun tuloksena syntyneet viisi teemaa. Teemat liittyivät pitkälti kotihoitoasiakkaan hyvään hoitoon, vuorovaikutukseen, ammattitaidon ja osaamisen ylläpitoon, asiakaslähtöisyyteen sekä kiireettömyyteen. Esimerkkinä teemasta voidaan tuoda esille ”ammattitaidon ylläpito ja osaamisen vahvistaminen”. Työkokoukseen osallistu-

vien tehtävänä oli avata teemojen sisältöä tarkemmin eli kirjata ylös, mitä kyseessä olevat teemat tarkoittavat meidän kotihoidossamme käytännön tasolla.

Kahden aineistokeruutilaisuuden jälkeen minulla oli toimintatutkijana kasassa kotihoidon kehittämisestä viisi kehittämisen kannalta keskeistä teemaa. Näiden teemojen lisäksi minulla oli aineistoista nousseita kotihoidon kehittämiseen ja asiakaslähtöisyyteen liittyviä kehittämisideoita sekä tietoa myös jo toimivista käytännöistä.

Seuraavaksi oli vuorossa kotihoitohenkilöstön toinen ja kolmas työkokous. Työkokouksissa tarkasteltiin lähemmin esiin nousseita teemoja sekä mietittiin yhdessä niiden merkityksiä ja konkreettisia toimenpiteitä asiakaslähtöisyyden parantamiseksi. Toisen työkokouksen jälkeen kokosin kaiken kertyneen aineiston ja niiden analyysit yhteen ja kirjoitin niistä alustavan toiminta- ja menettelytapaohjeen. Kolmannessa työkokouksessa kävimme vielä kertaalleen läpi kirjoitetut asiat sekä teimme lisäyksiä, korjauksia ja tarkennuksia ohjeeseen. Toiminta- ja menettelytapaohjeeseen analysoidun ja yhteisesti tehtyjen päätösten perusteella kirjattiin kuusi työskentelyämme asiakaslähtöisyyteen ohjaavaa arvoa ja asiaa.

7 TULOKSET

Olen jakanut tämän lähestymistavaltaan toimintatutkimuksellisen opinnäytetyön tulokset kahteen lukuun. Ensimmäinen luku *Asiakaslähtöisen kotihoidon kehittäminen* tuo esiin aineistosta nousseita kotihoidon toimintaan liittyviä puutteita, kehittämis ehdotuksia ja jo toimivia käytäntöjä. Toinen luku *Toiminta- ja menettelytapaohje* kuvaa Leppävirran kunnan kotihoitotyötä jatkossa ohjaavat asiat.

7.1 Asiakaslähtöisen kotihoidon kehittäminen

Tämän opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää, miten asiakaslähtöistä kotihoitotyötä voidaan kehittää sekä yhteisten toiminta- ja menettelytapaohjeiden luominen Leppävirran kunnan kotihoitoon. Opinnäytetyön aineistojenkeruutilaisuuksista aineiston analyysin perusteella nousi esiin kotihoitotyön kehittämisen kannalta viisi tärkeintä asiaa eli tut-

kimuksellisesti ilmaistuna teemaa. Näiden teemojen ympärille aloimme yhdessä työyhteisön kanssa miettiä kotihoidon kehittämistä. Aineiston analyysin perusteella kotihoidon kehittämisen kannalta keskeisiksi aiheiksi nousivat:

Vähentämällä kiirettä asiakaslähtöisessä työssä: Lisäresurssien avulla varmistettaisiin paremmin toteutuva asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien teko sekä asiakkaiden kohtaaminen. Toisaalta esille tuli myös itse tehty kiire silloin, kun haasteellisen asiakkaan luota haluttiin pikaisesti pois. Työmenetelmien ja työn sisällön kehittäminen vähentää kiirettä ja näin ollen antaa paremmat mahdollisuudet tehdä asiakaslähtöisempää työtä. Kiirettä vähennetään suunnittelemalla ajoreitit ja asiakaskäyntijärjestys vastaamaan asiakkaiden tarpeita. Kotisairaanhoidossa käyttöön otetut soittoajat auttavat myös kiireen hallinnassa, sillä kotikäynnillä ollessaan sairaanhoitaja voi keskittyä ao. asiakkaan kohtaamiseen ja hoitotoimenpiteiden tekemiseen puhelimeen vastaamisen sijasta.

Vahvistamalla asiakkaan ja työntekijän välistä vuorovaikutusta: Asiakaslähtöisyydessä korostuu vuorovaikutteisuus, jossa asioita viestitään toiselle, luodaan yhteyksiä toisiin sekä vaikutetaan ja saadaan palautetta myös omasta itsestämme. Vuorovaikutukseen nähtiin kuuluvaksi asiakkaan kannustaminen, opettaminen, tukeminen, rohkaiseminen ja tulevaisuuteen orientoiminen. Näitä asioita tulisi painottaa kotihoitotyön sisältöä kehitettäessä. Luottamus, hienotunteisuus ja huumori auttavat luontevan vuorovaikutuksen syntymiseen. Kuunnellaan asiakasta ”herkällä korvalla” ja ollaan ”ihmisenä ihmiselle”. Kotihoidossa kohtaamisessa on lähes aina kysymys auttamisesta, avun hakemisesta ja avun antamisesta. Tämä auttamisprosessi on suurelta määrin asiakkaan ja työntekijän (asiantuntijan) välistä vuorovaikutusta prosessin eri vaiheissa. Vuorovaikutus on paljon enemmän kuin sanallista viestintää. Sanojen lisäksi käytetään nonverbaalisia keinoja, kuten ilmeitä, eleitä ja asentoja. Vuorovaikutuksessa tulee kiinnittää huomiota myös äänensävyyn, katsekontaktiin, puherytmiin ja kosketukseen.

Vahvistamalla asiakaslähtöisyyden toteutumista: Asiakaslähtöisessä työssä nähtiin työntekijän ja asiakkaan toimivan tasavertaisina ja ainutlaatuisina persoonina. Esille tuli myös asiakkaan todellinen huomioiminen ja mukaan ottaminen niin hoitoon kuin päätöksentekoonkin, jolloin voidaan vahvistaa ja lisätä asiakkaan oman elämän hallintaa. Erityisesti ikääntyneiden kohdalla painotettiin palveluiden ja hoidon laadun kehittämistä

edistämällä ihmisten omia voimavaroja sekä käyttämällä omatoimisuutta edistäviä toimintamalleja. Yksilöllisyyden ja asiakaslähtöisyyden huomioiminen edellyttää muutoksia niin kotihoidon käytännöissä kuin palvelurakenteissa.

Lisäämällä hyvinvoinnin merkitystä työssä jaksamiselle: Persoonalliset tekijät vaikuttavat hoito- ja palvelusuhteen onnistumiseen. Omasta hyvinvoinnista huolehtiminen koettiin tärkeäksi siksi, että kun itse voi hyvin, jaksaa kohdata ja olla läsnä asiakkaan arkipäivässä. Tässä yhteydessä esiin tuli myös työkaverin huomioiminen. Oman hyvinvoinnin koettiin vaikuttavan myös työtovereihin. Tärkeänä pidettiin avointa, rehtiä ja luottamuksellista työtoveruutta sekä uskallusta kysyä, mitä työtoverille kuuluu. Työtoverin kunnioittaminen ja erilaisuuden hyväksyminen lisäsivät yhteenkuuluvuuden tunnetta ja sitä kautta myös työssä jaksamista.

Vahvistamalla osaamista ja ylläpitämällä ammattitaitoa: Tätä osa-aluetta pidettiin tärkeänä. Kun työssä on ammattitaitoinen henkilöstö, hyötyy myös asiakas siitä muun muassa turvallisen ja laadukkaan hoidon saajana. Lisäksi ammattitaidon ylläpitämistä ja sen kehittämistä pidettiin tärkeänä myös siksi, että se vaikuttaa vuorovaikutuksen onnistumiseen ja siihen, että asiakkaita voidaan palvella ja hoitaa.

Asiakaslähtöisten palveluiden kehittäminen ei ole helppoa. Kotihoidon keskeisiin näkökulmiin kuuluu asiakkaan kokonaisvaltainen ymmärtäminen niissä tilanteissa, joissa hän kulloinkin on. Kotihoidon käytännön työn tasolla on kehitetty erilaisia työmuotoja asiakkaan aseman parantamiseksi. Asiakaslähtöisten palveluiden kehittäminen edellyttää myös viestinnän uudelleen arviointia. Avoimuuteen perustuvalla tiedonjakamisella ja viestinnällä voidaan lisätä asiakkaiden tietoisuutta oikeuksistaan sekä niin palveluiden mahdollisuuksista kuin myös rajoista. (Virtanen ym. 2011, 27.)

Asiakaslähtöisyys saatetaan luoda organisaatiosta käsin, vaikka asiakkaan merkitys palvelun piirissä olisikin tunnustettu. Asiakas ja palvelujärjestelmä hahmottavat käsitteen eri tavalla: asiakkaan näkökulmasta katsottuna asiakaslähtöisyys merkitsee yksilölliseen tarpeeseen saatua vastausta ja palvelun laatuun liittyviä asioita kun taas palvelujärjestelmälle asiakaslähtöisyys hahmottuu systeemeinä, järjestelminä ja malleina. (Virtanen ym. 2011, 11.)

Toimiviksi asioiksi koettiin asiakkaan voinnin muutoksiin liittyvät apujen lisäykset tai vähennykset. Silloin kun kotihoidon asiakas on huonomassa kunnossa, voitiin apuja ja käyntikertoja lisätä ohi hoito- ja palvelusuunnitelman. Myönteisenä koettiin myös kotihoidon sisällä tapahtuvan yhteistyön paranemisen. Todella suurena ja merkittävänä asiana esille tuli, että kotihoidossa työskentelee motivoituneita ja osaavia hoitotyön ammattilaisia. Lisäksi osattiin hyödyntää myös aktiivisten ja yhteistyöhaluisten omaisten osallistumista kotihoitotyöhön.

Asiakaslähtöisyyttä käsittelevään teoriaan nähden tämän opinnäytetyön tulokset vahvistavat käsitystä asiakaslähtöisyydestä keskeisenä kotihoitotyön toimintaa ohjaavana arvona ja periaatteena. Tuloksien voidaan katsoa olevan asiakaslähtöisyyttä käsittelevän kirjallisuuden ja teorian kanssa yhdenmukaiset esimerkiksi niiltä osin, että työntekijän ja asiakkaan välinen vuorovaikutussuhde, asiakkaan aktiivinen toimijuus sekä palveluiden järjestäminen mahdollisimman toimiviksi asiakkaan näkökulmasta nähdään keskeisinä asiakaslähtöisyyttä rakentavina tekijöinä. Aineiston keräämisen aikana tuli esille hyvin paljon samanlaisia asioita kuin mitä aikaisimmissa kotihoitoa käsittelevissä tutkimuksissakin.

7.2 Toiminta- ja menettelytapaohje

Toiminta- ja menettelytapaohje on kirjallinen dokumentti työyhteisön kanssa yhteisesti sovituista toimintatavoista. Toiminta- ja menettelytapaohje auttaa myös uusien työntekijöiden perehdytyksessä sekä toiminnan arvioimisessa ja kehittämisessä. Toiminta- ja menettelytapaohje auttaa varmistamaan yhdenmukaisen toimintatavan. Organisaatiossa on kuitenkin harkittava se, mistä toiminnoista yhteistä työskentelytapaa kuvaava ohje tarvitaan (Holma ym. 2002, 36).

Leppävirran kunnan kotihoitoa koskeva toiminta- ja menettelytapaohje on tarkoitettu yhdenmukaistamaan kotihoitoasiakkaiden kohtelua korostaen asiakaslähtöisyyttä sekä yksilöllisyyttä. Lisäksi se toimii apuvälineenä uusien työntekijöiden, opiskelijoiden ja sijaisten perehdytyksessä. Toiminta- ja menettelytapaohjeen laatimisen perustana on käytetty asiakaslähtöisen työn kehittämisestä saatua tietoa.

Toiminta- ja menettelytapaohje on myös tärkeä viesti henkilöstölle siitä, miten jatkossa kotihoidon asiakkaita huomioidaan ja kuinka heidän omia voimavarojaan ja yksilöllisyyttään voidaan tukea ja vahvistaa. Leppävirran kunnan kotihoidon toiminta- ja menettelytapaohje on kirjattu tämän opinnäytetyön liitteeksi 3.

Toiminta- ja menettelytapaohje auttaa henkilöstöä paneutumaan asiakkaan asioihin kokonaisvaltaisesti. Ohjeeseen on kirjattu tavoitteet, johon kotihoitotyössä pyritään. Yhdessä sovittuja ohjeita noudattamalla asiakas ei voi jäädä huomioimatta. Lisäksi ohje korostaa jokaisen henkilökohtaista oman ammattitaidon ylläpitämistä asiakkaan hyvän ja laadukkaan hoidon toteutumiseksi. Ohjeeseen kirjatut asiat nousivat kotihoidon henkilöstön omista ideoista ja ajatuksista sekä niistä asioista mitä he kokivat asiakaslähtöisyyteen kuuluvaksi.

Toiminta- ja menettelytapaohje tullaan päivittämään vuosittain. Samalla arvioidaan (mittari kehitteillä) kriittisesti, olemmeko pystyneet toimimaan asiakastyössä sen mukaan, mitä olemme yhteisesti sopineet. Arviointiin otetaan mukaan myös asiakasnäkökulma niin, että vuoden kuluttua tehdään pienimuotoinen kysely asiakkaille, jossa kysytään miten asiakkaat ovat kokeneet henkilökunnan ottavan huomioon asiakaslähtöisyyttä. Tämä edellyttää sitä, että toiminta- ja menettelytapaohjeen teksti voidaan antaa myös asiakkaille.

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelua

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli toimintatutkimuksen keinoin selvittää 1) miten asiakaslähtöistä kotihoitotyötä voidaan kehittää sekä 2) luoda kotihoitoa ohjaava toiminta- ja menettelytapaohje asiakaslähtöisen kotihoitotyön korostamiseksi ja toimintatapojen yhtenäistämiseksi.

Tulosten valossa asiakaslähtöinen ajattelu voidaan kuitenkin nähdä kotihoidon työntekijöiden toimintaa ja työn sisältöä ohjaavana asiana, vaikka se ei kaikilta osin toteudu. Opinnäytetyön keskeisenä tuloksena voidaan pitää sitä, että kotihoidossa työskentelevi-

en näkökulmasta katsottuna asiakaslähtöisyys syntyy ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa sekä rakenteiden välisissä suhteissa. Ihmisten ja rakenteiden välisissä suhteissa muodostuva asiakaslähtöisyys tarkoittaa tässä sitä, että huomioidaan asiakaslähtöiset toimintaperiaatteet niin käytännön asiakastyössä kuin myös palveluiden organisoinnin ja järjestämisen tasolla. Toisin sanoen, asiakaslähtöisyys määrittyy tilaksi, johon vaikuttavat kotihoitotyön sisällölliset tekijät kuten asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutussuhde ja käytetyt työmenetelmät ja toisaalta myös kyseisen toimipaikan ja palvelujärjestelmän työlle asettamat mahdollisuudet ja rajat. Edellä mainitut asiat voivat vaikuttaa asiakaslähtöisyyden toteutumiseen joko positiivisesti hyvänä palveluiden saatavuutena tai negatiivisesti annettujen resurssien riittämättömyytenä.

Tämän opinnäytetyön keskeisiksi elementeiksi asiakaslähtöisyyden kehittämisessä muodostui asiakkaan aktiivinen toimijuuden tukeminen sekä asiakkaan tarpeiden ja toiveiden kuuleminen. Asiakaslähtöisyyttä rakentavina tekijöinä nähtiin asiakkaan ja työntekijän välinen luottamuksellinen vuorovaikutussuhde sekä kotihoitopalveluiden järjestäminen mahdollisimman toimiviksi asiakkaan näkökulmasta. Tutkimusten (Kettunen 2001; Mönkkönen 2002) mukaan yhteistyö on vastavuoroisuutta, jossa molemmat osapuolet täydentävät toisiaan. Vuorovaikutustilanteita pidettiin asiakkaille merkityksellisinä, jos työntekijä on aidosti läsnä asiakkaan kohtaamisissa (myös Kukkola 1997). Asiakaslähtöisyys vaatii siis vuorovaikutteista dialogia sekä kuulluksi tulemisen kokemuksen.

Suomalaisessa kirjallisuudessa ja erilaisissa tutkimuksissa kotihoidosta käytetään erilaisia termejä ja käsitteitä (Niemi 2006; Paljärvi 2003; Perälä & Hammar 2003; Tenkanen 2003), mutta kotihoito on käytännön tasolla tapahtuvaa hoitajan toimintaa, jonka tavoitteena on asiakkaan sosiaalisen, psyykkisen ja fyysisen toimintakyvyn lisääminen ja ylläpito sekä itsenäisen selviytymisen ja omatoimisuuden tukeminen. Tämä tuli vahvasti esille myös tässä tutkimuksessa; asiakaslähtöisellä kotihoitotyöllä voidaan tukea asiakkaan itsenäisyyttä asiakkaan omista lähtökohdista käsin sekä mahdollistaa kotona asuminen ja eläminen. Lisäksi opinnäytetyön tuloksissa tuli esille myös työnjakoon liittyviä asioita. Johtamisen näkökulmasta katsottuna tuloksissa ja valmiissa toiminta- ja menettelytapaohjeessa työntekijöitä osallistetaan, vastuutetaan ja sitoutetaan asiakaslähtöisen kotihoitotyön kehittämiseen.

Tässä tutkimuksessa asiakaslähtöisyyttä estävinä tekijöinä nähtiin omaisten tiedon puute kotihoidonprosessista ja siitä, mitä kotihoito oikeasti on, sekä jossakin määrin perustetävän ”samentuminen” ja asiakkaiden odotusten ristiriita annettuihin palveluihin. Lisäksi asiakaslähtöisyyttä estävinä tekijöinä esitettiin hoitajien omat asenteet sekä lakisääteisyys, jolloin työntekijöiden työhön liittyy myös viranomaisen velvollisuuksia.

Tutkimuksen lopuksi avainhenkilöiltä kysyttiin, kuinka oma työsi on muuttunut viimeisen vuoden aikana sekä miten asiakkaiden palvelut ovat muuttuneet. Vastaajien mielestä kotihoidon (kotipalvelu ja kotisairaanhoido) työntekijöiden välinen yhteistyö on parantunut. Lisäksi tuli esille se, että lääkejakojen siirryttyä apteekkijakoon on jäänyt enemmän aikaa varsinaiseen asiakastyöhön sekä ns. sairaanhoidollisiin tehtäviin kuten haavahoitoihin. Esille tuli myös, että kotihoidossa hoidetaan enemmän huonompikuntoisia ja monia erilaisia palveluita tarvitsevia asiakkaita kuin vuosi sitten. Asiakasnäkökulmasta katsottuna hyväksi koettiin, että ulkoilutus ja muu kuntouttava toiminta on tullut osaksi kotihoidon työtä ja turhia terveystakeskuskäyntejä ja osastojaksoja on saatu vähemmäksi palveluiden kohdentamisella paljon apua tarvitseville. Lisäksi on voitu kuunnella asiakasta enemmän varsinkin silloin, kun voinnissa on tapahtunut muutoksia. Vanhusten määrä kasvaa ja se edellyttää myös vanhusten hoitamiseen liittyvien menetelmien uusimista ja tehostamista (Laine 2005, 21).

8.2 Kehittämisprosessin tarkastelu

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valitun toimintatutkimuksen tavoitteena ei ole pelkästään tutkiminen, vaan samanaikaisesti kehitetään myös toimintaa (Heikkinen 2007b, 196). Lisäksi Meyerin (2007, 274) mukaan yhtenä tarkoituksena toimintatutkimuksella tehtävällä opinnäytetyöllä on pyrkiä ymmärtämään käytäntöä. Ojasalon ym. (2009, 61) mukaan toimintatutkimus katsotaan lähestymistavaltaan yleensä laadulliseksi eli kvalitatiiviseksi tutkimukseksi, jossa voidaan hyödyntää myös määrällisiä menetelmiä. Tämä opinnäytetyö tehtiin kehittämään kotihoitotyön asiakaslähtöisyyttä. Opinnäytetyön aineiston keräsin noudattaen toimintatutkimuksellista lähestymistapaa, mikä kirjallisuuden mukaan sopii hyvin työelämän kehittämistehtävän luonteelle.

Työyhteisö oli itse vaikuttamassa asiakaslähtöisyyden kehittämiseen liittyviin toimenpiteisiin, joten sitoutuminen sovittuihin asioihin on vahvalla pohjalla. Toimintatutkimuk-

sen teorian mukaan toimintatutkija voi käyttää aikaisempia kokemuksiaan tai aineistonkeruun aikana kertyneitä havaintojaan tutkimusmateriaalina. Näin tutkijan ymmärrys tutkittavaa aihetta kohtaan vähitellen kehittyy. Tästä tulkinnan ja ymmärtämisen prosessista käytetään nimitystä hermeneuttinen kehä. (Heikkinen 2007b, 205.) Opinnäytetyön tekijänä minulla on yli 20 vuoden mittainen laaja-alainen tuntemus tämän kehittämistyön toimintaympäristöstä.

Opinnäytetyön eteneminen noudatti toimintatutkimukselle tyypillistä peruskaavaa, jossa toiminta, havainnointi, reflektointi ja suunnittelu seurasivat toisiaan. Toiminta siis hioutui suunnittelu-kokeilu syklien kautta muodostaen kokeilun ja tutkimuksen vuorovaikutuksena etenevän toimintatutkimukselle tyypillisen spiraalin. Ojasalon ym. (2009, 60) mukaan toimintatutkimuksessa osallistujat ovat joka vaiheessa vastuullisia toiminnastaan erityisesti itselleen mutta myös ryhmän muille jäsenille. Lisäksi toimintatutkimuksessa kehittäjän rooli on erilainen kuin muissa lähestymistavoissa, sillä kehittäjä toimii aina aktiivisena jäsenenä ryhmässä. On myös muistettava, että toimintatutkimukseen osallistuvat henkilöt ovat tasa-arvoisia asemastaan riippumatta.

Toimintatutkimuksessa tutkijan tulee osata eläytyä tilanteisiin ja samalla olla kuitenkin kriittinen ja analyttinen (Huovinen & Rovio 2006, 102). Toimintatutkimuksen avulla esiin tulleet ja hankitut löydökset on tuotava esille siten, että tutkimukseen osallistuvat kokevat tulleeensa huomioituiksi (Meyer 2007, 283). Opinnäytetyön tekijänä kaikki aineistonkeruun tilaisuuksista kertyneet, osallistujien esiin tuomat ajatukset ja ideat eivät täysin auenneet toimintatutkijalle; esimerkiksi pelkät sanat ”*asennekysymys*” tai ”*taloudelliseen suuntaan*” jäivät epäselviksi. Onneksi tällaisia tapauksia oli todella vähän, vain muutamia, joten se on kertyneeseen aineistoon nähden erittäin vähäinen määrä.

Asiakaslähtöisen kotihoitotyön kehittämiseksi kehittämisideoita kerättiin osallistujilta useamman kerran siitä syystä, että kehittämisideat jäisivät itämään mielissä. Lisäksi kehittämisideoita saatiin useammilta henkilöiltä, kun mahdollisuuksia niiden esittämiseen oli enemmän.

8.3 Luotettavuus

Opinnäytetyö on luonteeltaan toimintatutkimuksellinen ja sitä voidaan pitää laadullisena tutkimuksena. Laadullisen tutkimuksen luotettavuus ei määrällisen tutkimuksen tavoin koostu tulosten siirrettävyydestä toiseen kontekstiin tai toistettavuudesta samankaltaisissa olosuhteissa sen enempää kuin yleistettävyydestäkään (Tuomi ym. 2002, 133–138). Laadullisessa tutkimuksessa pyritään välttämään määrällisessä tutkimuksessa syntyneiden käsitteiden, reliabiliteetin ja validiteetin käyttöä. Laadullisen tutkimuksen pätevyyttä ja luotettavuutta tulisi kuitenkin pystyä jollakin tavalla arvioimaan (Heikkinen & Syrjälä 2007, 148; Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2004, 217). Yhtenä keinona voidaan käyttää mahdollisimman tarkkaa kirjoittamista. Tutkija tekee tarkan ja yksityiskohtaisen kuvauksen tutkimuksen toteuttamisen kaikista vaiheista (Hirsjärvi ym. 2004, 217, 232).

Luotettavuuden arvioinnissa on hyvä tarkastella tutkimusta kokonaisuutena. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa selvitetään, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on pystytty tuottamaan. Luotettavuutta voidaan arvioida muun muassa seuraavilla laadulliseen tutkimukseen liittyvillä luotettavuuskriteereillä kuin; uskottavuus, vahvistettavuus ja reflektiivisyys. (Lacey 2007, 29.) Uskottavuudella Topping (2007, 169) tarkoittaa tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuuden osoittamista tutkimuksessa. Tutkijan tulee varmistua siitä, että tutkimuksen tulokset vastaavat osallistujien käsityksiä tutkimuksen kohteena olevasta asiasta. Tutkija voi vahvistaa käsityksiään tästä keskustelemalla tutkimuksen eri vaiheissa tutkimustuloksista osallistujien kanssa. Uskottavuutta lisää myös riittävän pitkä työskentelyaika tutkittavan kohteen parissa, jolloin tutkija voi paremmin ymmärtää tutkimukseen osallistuvien näkökulmia. Omia kokemuksiaan, valintojaan ja tuntemuksiaan tutkija voi pohtia päiväkirjassaan. Tässä opinnäytetyössä uskottavuutta vahvistaa aineiston keruutapa, jota kerättiin 3–4 kertaa ja samoilta osallistujilta. Näin aineistoon päästiin palaamaan ja keskustelemalla tarkentamaan aineiston sisältöä. Opinnäytetyön aineiston keruu tapahtui pitkällä aikavälillä eli runsaan vuoden ajanjaksolla, mikä myös lisää opinnäytetyön uskottavuutta.

Vahvistettavuus liittyy koko tutkimusprosessiin ja se toteutuu, kun koko tutkimusprosessi on kirjattu niin, että toinen tutkija voi halutessaan seurata prosessin etenemistä (Topping 2007, 165–169). Tämä on kuitenkin hankalaa, sillä samasta aineistosta kaksi eri tutkijaa voi tehdä täysin erilaisia tulkintoja.

Reflektiivisyyden toteutuminen laadullisessa tutkimuksessa edellyttää tutkijan tietoisuutta omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Tutkijan on siis arvioitava sitä, kuinka hän vaikuttaa tutkimusprosessiin ja aineistoon. Tämä edellyttää tutkijan lähtökohtien kuvaamista tutkimusraportissa. (Meyer 2007, 282; Topping 2007, 165.) Olin mukana tämän opinnäytetyön tutkimusprosessissa toimintatutkijana. Minulla on melkein kolmenkymmenen vuoden kokemus kotihoitotyöstä, sekä kentällä hoitajana toimimisesta että esimiehenä olemisesta. Näin ollen minulla on omat näkemykseni kotihoidon toiminnasta, mikä vaikutti tutkimusprosessin etenemiseen. Itse olen sitä mieltä, että monipuolinen kokemus lisää tutkimuksen reflektiivisyyttä. Toisaalta tutkijan omat ennakkokäsitykset tutkittavasta aiheesta on syytä huomioida ennen tutkimusta esimerkiksi kirjaamalla ne ylös, jolloin varmistetaan tutkimuksen objektiivisuus (Metsämuuronen 2006, 121; Meyer 2007, 282).

Opinnäytetyön luotettavuutta arvioitaessa voidaan pohtia myös sitä, miten toimintatutkimus menetelmänä soveltuu asiakaslähtöisen kotihoitotyön kehittämiseen. Toimintatutkimushan tavoittelee käytännön hyötyä. Lisäksi toimintatutkija itse osallistuu tutkimansa yhteisön toimintaan ja tutkija käynnistää työyhteisössä muutoksen. Tutkija myös rohkaisee toimijoita tarttumaan asioihin. (Heikkinen 2006, 16–29; Meyer 2007, 274–282.) Opinnäytetyön luotettavuutta voi heikentää se, että osallistujat voivat kuvitella toimintatutkijan tietävän nämä asiat itsekkin, jolloin aiheesta voi jäädä jotain tärkeää informaatiota saamatta.

Meyer (2007, 279) tuo esille, että joidenkin kriitikkojen mukaan toimintatutkimus ei eroa millään tavalla ilman tutkimusta tapahtuvasta normaalista työkäytäntöjen kehittämisestä. Itse ajattelen tästä asiasta eri tavalla. Mielestäni toimintatutkimuksella, kuten tässä opinnäytetyössä, kerätään ja tuotetaan tietoa työn edelleen kehittämiseksi. Lisäksi tutkimuksella saatu tieto annetaan julkisesti arvioitavaksi.

Yksi tämän opinnäytetyön tavoitteista oli parantaa kotihoitohenkilöstön yhteistyötä sekä laittaa ajattelemaan omia asenteita ja ajatuksia asiakaslähtöisen kotihoitotyön kehittämiseen ja sovittujen asioiden noudattamiseen. Myös reflektiivisen ajattelun lisääminen omassa työssä auttaa ymmärtämään paremmin erilaisia tilanteita sekä sitä, että tiedostaa omia toimintatapojaan ja haluaa muuttaa omaa käytöstään.

8.4 Eettisyys

Jo tutkimusaiheen valintaa tehdessä on syytä pohtia kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. Tämän opinnäytetyön aiheen valinta oli työelämälähtöinen jo työntekijöiden alkukartoitushaastatteluihin esiin tulleiden toiveiden perusteella. Tutkimukseen osallistuvilta henkilöiltä edellytetään suostumusta siitä, että he suostuvat tutkimusaineiston keruuseen. Lisäksi osallistujille on hyvä kertoa, miten tutkimus vaikuttaa heidän työhönsä ja miten se hyödyttää heitä. (Hirsjärvi ym.2004, 26; Huovinen & Rovio 2007, 99.) Asiakaslähtöisen kotihoitotyön kehittämisen sekä yhteisten toiminta- ja menettelytapaohjeiden luomisen tarve oli tullut esille jo aikaisemmin opiskelijan ohjauksen ja kotihoitoasiakkaiden omaisten kanssa käydyissä keskusteluissa.

Toimintatutkimuksessa on tärkeää saavuttaa ja säilyttää tutkittavien luottamus. Kaikki tutkimuksessa esiin tulleet asiat ja löydökset on julkistettava siten, että tutkimukseen osallistuvat kokevat tulleen huomioduksi. (Huovinen & Rovio 2007, 102–103; Meyer 2007, 283.) Opinnäytetyön edetessä työkokousten pohjana olivat aina edellisessä kokouksessa kirjatut asiat, näin osallistujilla oli mahdollisuus kommentoida ja korjata analyysin tuloksia. Lisäksi esimerkiksi toiminta- ja menettelytapaohje kävi erillisellä kommenttikierroksella tiimeissä, jolloin jokaisella osallistujalla oli mahdollisuus täydentää sitä.

Tutkimusta julkaistaessa tulee kiinnittää huomiota siihen, ettei tutkimukseen osallistujia pystytä tunnistamaan (Vehviläinen-Julkunen 2006, 31). Tutkimusaineistosta on poistettu kaikki sellainen aineisto, joka voisi lukijalle paljastaa sen kuka on tiedonantaja. Koska työyhteisömme on suuri, ei tästä asiasta tullut ongelmaa.

8.5 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää asiakaslähtoisempää kotihoitoa ja opinnäytetyön tekijänä suurin toiveeni on, että kotihoidossa työskentelevät ottaisivat enemmän huomioon yksittäisen asiakkaan tarpeita, toiveita ja elämän tilanteita. Asiakaslähtöisen kotihoitotyön toteuttaminen vaatii kaikilta sitoutumista ja aikaa sisäistää asiakaslähtöisyyteen liittyviä käsitteitä. Opinnäytetyöstä ja sen liitteenä olevasta toiminta- ja

menettelytapaohjeesta on hyötyä toiminnan yhtenäistämisessä. Lisäksi ohjetta voidaan käyttää opiskelijoiden ja sijaisten perehdyttämisessä asiakaslähtöiseen työskentelyyn.

Opinnäytetyössä saamiani tutkimustuloksia ei voi kuitenkaan yleistää tai siirtää toiseen yksikköön sellaisenaan, vaikka muiden tutkimustulokset asiakaslähtöisyyden käsityksistä ovatkin hyvin samansuuntaisia. Tutkimustulokset eivät kerro asiakkaiden ja omaisten asiakaslähtöisyyteen liittyvistä kokemuksista ja tilasta. Tämän takia olisikin hyvä tuoda toiminta- ja menettelytapaohje myös asiakkaiden tiedoksi, jolloin voisimme kehittää ohjetta ottamaan huomioon entistä paremmin asiakkaiden tarpeita. Jatkossa ohjeen kehittäminen tapahtuu työntekijöiden itsearvioinnin kautta. Jokainen joutuu pohtimaan sitä, miten on toteuttanut esimerkiksi asiakkaan kohtaamiseen liittyviä ohjeita. Mielestäni tätä toiminta- ja menettelytapaohjetta voisi käyttää toisen kunnan kotihoidossa antamassa suuntaa siihen, minkälaisia asioita voisi huomioida kotihoitotyön kehittämisessä. Ohjetta onkin jo kysytty esimerkiksi Varkauden kotihoitoon.

Toimintatutkimus jää tässä opinnäytetyössä vaillinaiseksi siltä osin, että varsinaista toiminnan muutosta ei pystytä vielä osoittamaan ja mittaamaan, kysehän on hyvin pitkälti myös asenteista. Parin vuoden kuluttua jatkotutkimuksena voisikin tehdä arviointitutkimuksen siitä, miten tämä opinnäytetyö todellisuudessa muutti asenteita ja käsityksiä asiakaslähtöisyyteen liittyen. Lisäksi voisi selvittää, ovatko asiakkaat kokeneet minkään muuttuneen. Henkilöstön palautteesta nousi jatkotutkimusaiheiksi omahoitajuuden kehittäminen sekä teknologian mahdollisuuksien käytön selvittäminen.

Tämän opinnäytetyön tekemisen aikana siirrettiin asiakkaiden lääkejaot suurelta osin koneelliseen apteekkijakoon ja lisäksi kotisairaanhoidolle otettiin käyttöön soittoajat. Lääkejaosta jäänyt aika on saatu siirrettyä asiakastyöhön, niin kuin aikaisemmin tässä opinnäytetyössäni olen todennut. Asiakkaita on pystytty ulkoiluttamaan enemmän ja apujen lisäyksen myötä myös terveyskeskuskäyntejä ja hoitojaksoja osastolla on voitu vähentää.

9 LOPUKSI

Tämän opinnäytetyön tekeminen oli haastavaa, mutta samalla myös hyvin antoisaa. Asiakaslähtöisen työn kehittäminen ei ole itsestään selvyys, vaan se edellyttää myös omien ajatusten ja asenteiden muokkaamista sekä keskittymistä asiakkaalle tärkeisiin asioihin. Sananlasku ”niin monta mieltä kuin on miestä” pitää paikkansa.

Opinnäytetyön tekeminen on tuottanut minulle uudenlaista ymmärrystä siitä, mitä asiakaslähtöisyydellä voidaan tarkoittaa. Asiakas ei kotihoitopalvelujen piirissä ollessaan ole vain asiakas, vaan kansalainen, jonka oikeuksia suojaavat erilaiset lait ja säädökset. Oman ammatillisen kasvun ja johtamisen näkökulmasta tarkasteltuna opinnäytetyö antoi paljon. Pääsin tutustumaan lähemmin henkilöstön ajatusmaailmaan hyvästä kotihoidosta ja nauttimaan heidän innostuneesta ja motivoituneesta osallistumisestaan yhteisten asioiden pohtimisessa. Lisäksi opin odottamaan, vaikka välillä se tuntui ylivoimaiselta.

LÄHTEET

- Ahonen, M-L. 2005. Omahoitaja terveyskeskuksen vastaanottotoiminnassa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu.
- Ala-Nikkola, M. 2003. Sairaalassa, kodissa vai vanhainkodissa? Etnografinen tutkimus vanhustenhuollon koti- ja laitoshoidon päätöksentekotodellisuudesta. Acta Universitatis Tamperensis 972. Väitöskirja. Tampere: Tampere University Press.
- Alasoini, T. 2011. Luento. Työkulttuurin muutos - mitä työelämässä tapahtuu 2010-luvun suuressa murroksessa. 18.11.2011. Joensuu. Julkaisematon lähde.
- Anttonen, A. 2009. Hoivan yhteiskunnallistuminen ja politisoituminen. Teoksessa Anttonen, A., Valokivi, H. & Zechner, M. (toim.) Hoiva, tutkimus, politiikka ja arki. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.
- Binnie, A. & Titchen, A. 1999. Freedom to Practise. The Development of Patient-centered Nursing. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Corazzi-Gomez, K. 2002. The Relative Effects of Home Care Client Characteristics on the Resource Allocation Process: Do Personamility and Demeanor Matter? The Gerontologist 42. 740–750.
- Edelback, P. & Samuelson, G. & Ingvar, B. 1995. How Elderly People Rank Order the Quality Characteristics of Home Services. Ageing and Society 15. 83–102.
- Eloranta, T. & Punkanen, T. 2008. Vireään vanhuuteen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Finne-Soveri, H. & Björkgren, M. & Vähäkangas, P. & Noro, A. (toim.) 2006. Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu- Rai-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Groop, J. 2012. The Theory of Constraints in Field Service: Factors Limiting Productivity in Home Care Operations. Helsinki: Aalto-yliopisto. Väitöskirja.
- Hallberg, I. & Kristensson, J. 2004. Preventive Home Care of Frail Older People: a Rewiew of Recent Case Management Studies. International Journal of Older People Nursing in Assosiation with Journal of Clinical Nursing 13 6b. 112–120.
- Heinonen, J. 1999b. Kohti asiakaslähtöisyyttä ja kilpailukykyä. Sisäinen yrittäjäyys kunnallisen yksikön muutoksessa. Turun kauppakorkeakoulun julkaisuja. Kirjapaino Grafia Oy. Turku.
- Heikkinen, H. L. T. 2006. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Heikkinen, H. L. T. & Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura. 16–38.
- Heikkinen, H. L. T. & Rovio, E. & Kiilakoski, T. 2006. Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa Heikkinen, H. L. T. & Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura. 78–93.
- Heikkinen, H. 2007b. Toimintatutkimus – toiminnan ja ajattelun taitoa. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Jyväskylä: PS-kustannus. 196–210.
- Heikkinen, H. & Syrjälä, L. 2007. Tutkimuksen arviointi. Teoksessa Heikkinen, H. & Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Helsinki: Kansanvalistusseura. 144–162.
- Heinola, R. (toim.) 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes oppaita 70.

- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S. & Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holma, T. & Outinen, M. & Idänpään-Heikkilä, U. & Sainio, S. 2002. Kirkasta ja uudista laadunhallintaa – kehittä laatutalo. Opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Huovinen, T. & Rovio, E. 2006. Toimintatutkija kentällä. Teoksessa Heikkinen, H. L. T. & Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura. 94–113.
- Ikonen, E.-R. & Julkunen, S. 2007. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Editra.
- Juhela, P. 2006. Missä on isäsi, kuinka voi äitisi? Sukupolvet ikääntymisen muutoksissa. Helsinki: Kirjapaja Oy.
- Jyrhämä, R. 2004. Sisällön erittelyn mahdollisuuksia, taulukkolaskentaohjelma analysoinnin apuna. Teoksessa Kansanen, P. & uusikylä, K. (toim.) Opetuksen tutkimuksen monet menetelmät. Jyväskylä: PS-kustannus. 223–237.
- Jyrkämä, J. 2004. Ikääntyminen ja ikääntyvien kuntoutus. Teoksessa Karjalainen, V. & Vilkkumaa, I. (toim.) Kuntoutus kanssamme, ihmisen toimijuuden tukeminen. Helsinki: Stakes.
- Kauhanen-Simanainen, A. 2009. Valmentaudu vanhuuteen viisaasti. Opas omaehtoiseen ikääntymiseen. Helsinki: CIM kustannus.
- Kauppinen, S. & Niskanen, T. 2005. Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa. Stakes raportteja 288/2005.
- Kettunen, T. 2001. Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Kiikkala, I. 2000. Asiakaslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Kiikkala, I. & Nouko-Juvonen, S. & Ruotsalainen, P. (toim.) Hyvinvointivaltion palveluketjut. Tampere: Tammi.
- Kinnunen, K. 2002. Postroning of Institutional Long-Term Care in the Patients at High Risk of Institutionalisation. Helsingin yliopisto. Lääketieteen väitöskirja.
- Kiviniemi, K. 1999. Toimintatutkimus yhteisöllisenä prosessina. Teoksessa Heikkinen, H. & Huttunen, R. & Moilanen, P. (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Jyväskylä: Atena. 63–83.
- Korhonen, R. & Koivisto, A. 1995. Hoitohenkilökunnan koulutustarpeen arviointia siirtäessä yksilövastuiseen hoitotyöhön. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.
- Kröger, T. 2004. Sosiaalipalvelujen tutkimus ja sosiaalityö. Janus 12 (2), 200–216.
- Kukkola, S. 1997. Kommunikatiivinen potilas-hoidonantaja suhde. Tutkimus halutun ja saadun kommunikaation vastaavuudesta perusterveydenhuollossa. Helsinki: Yliopistopaino.
- Lahti, P. 2011. Näkökulmia ikääntyneiden palvelualueen kehittämiseen – esimerkkinä Keuruun Lehtiniemi. Aktiivinen ikääntyminen Itä- ja Keski-Suomessa-hanke 2010–2012. Kopijyvä.
- Lacey, A. 2007. The Research Process. Teoksessa Gerrish, K. & Lacey, A. (toim.) The Research Process in Nursing. Oxford: Blackwell Publishing Ltd. 16–30.
- Laine, J. 2005. Laatua ja tuotannollista tehokkuutta? Taloustieteellinen tutkimus vanhusten laitoshoidosta. Stakes tutkimuksia 151. Helsinki: Stakes.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY. 21–43.

- Larsson, G. & Larsson, B. 1998. Quality of care: Relationship between the perceptions of Elderly Home Care Users and their Caregivers. *Scandinavian Journal of Social Welfare*. Vol. 7(3). 252–257.
- Leppävirran kunnan ikääntyvien hoito- ja palvelustrategia vuosille 2008–2015. 2008. Leppävirta.
- Malin, M. 1996. ”He ovat minulle kuin enkeleitä”, hyvä suhde työntekijään ja luottamus avunsaantiin, laatua vanhusasiakkaalle kotihoidossa. *Sosiaalinen aikakauslehti* 1997/34. 150–163.
- Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Teoksessa Metsämuuronen, J. (toim.) *Laadullisen tutkimuksen käsikirja*. Helsinki: International Methelp. 80–145.
- Meyer, J. 2007. Action Research. Teoksessa Gerrish, K. & Lacey, A. (toim.) *The Research Process in Nursing*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd. 274–288.
- Moilanen, P. & Räihä, P. 2007. Merkitysrakenteiden tulkinta. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2*. Jyväskylä: PS-kustannus. 55.
- Muurinen, S. & Raatikainen, R. 2005. Asiakkaiden avun tarpeen ja auttamisen vastavuus kotihoidossa. *Gerontologia* 1/2005. 13–22.
- Muurinen, S. & Finne-Soveri, H. & Sinervo, T. & Novo, A. & Andersson, S. & Heinola, R. & Vilkkö, A. 2009. Ikähorisontti – uudet palvelukonseptit. Versio 8.9.2009. Ikäihmisten palvelut. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.
- Mönkkönen, K. 2002. Dialogisuus kommunikaationa ja suhteenä. Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. Kuopion yliopiston julkaisuja. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus.
- Mönkkönen, K. 2007. Vuorovaikutus. Dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Niemelä, A-L. 2006. Kiire ja työn muutos, tapaustutkimus kotipalvelutyöstä. Kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 206. Helsingin yliopisto.
- Niemi, A. 2006. Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveyspalveluissa. Yksityisen ja julkisen kotihoidontyöntekijöiden käsityksiä asiakaslähtöisyydestä. Kuopion yliopisto. Pro gradu.
- Nores, T. 1994. *The Elderly Care*. Tampereen yliopiston julkaisuja. Tampere.
- Ojasalo, K. & Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Ollila, E. & Ilva, M. & Koivusalo, M. (toim.) 2003. Kilpailuttaminen sosiaali- ja terveyspolitiikan näkökulmasta. *Stakes raportteja* 276. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Paasivaara, L. 2004. Kotihoito hoitotieteellisten opinnäytetöiden perusteella. *Tutkiva hoitotyö* 2/2004. 29–34.
- Paasivirta, L. 2004. Kuuleeko palvelujärjestelmä vanhuksia? Teoksessa Kankare, H. & Lintula, H. (toim.) *Vanhuksen äänen kuuleminen*. Tammi. Helsinki. 19–34.
- Pajula, E. & Särkelä, R. 2003. Kansalaisten hyvinvoinnin tukiverkostot paikallistason vastauksena globalisaation hallintaan. Teoksessa Rönnerberg, L. & Simppu, J. (toim.) *Sosiaalipolitiikan globaalit ulottuvuudet*. Sosiaali- ja terveysturvallisuuden keskusliitto. 125–137.
- Paljärvi, S. & Rissanen, S. & Sinkkonen, S. 2003. Kotihoidon sisältö ja laatu vanhusasiakkaiden, omaisten ja työntekijöiden arvioimina – seurantatutkimus Kuopion kotihoidosta. *Gerontologia* 2/2003. 85–97.

- Perälä, M-L. & Hammar, T. 2003. PALKO-malli – Palveluja yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. Stakes aiheita 29/2003.
- Pikkarainen, A. 2007b. Ympäristö. Teoksessa Lyyra, T-M. & Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) Vanheneminen ja terveys. Edita. Helsinki. 42–68.
- Pirskanen, S. 2000. Tiimiprojektin vaikutukset toiminnan tuloksellisuuteen ja työelämän laatuun. Teoksessa Vartiainen, M. & Pirskanen, S. & Palva, A. & Simula, T. (toim.) Tiimiprojektien vaikutukset ja onnistuminen. Kansallinen työelämän kehittämisohjelma. Raportteja 10. 36–54.
- Pohjola, A. 2010. Asiakas sosiaalityön subjektina. Teoksessa Laitinen, M. & Pohjola, A. (toim.) Asiakkuus sosiaalityössä. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press Oy Yliopistokustannus. 19–74.
- Pohjonen, T. 2001. Työkykyä ylläpitä toiminta kotipalvelussa. Teoksessa Ilmarinen, J. & Louhevaara, V. (toim.) Ikääntyvä arvoonsa – ikääntyvien työntekijöiden terveyden, työkyvyn ja hyvinvoinnin edistämishankkeista 1990–1996. Työ ja ihminen, tutkimusraportti 17. 193–204. Työterveyslaitos.
- Raunio, K. 1999. Positivismi ja ihmistiede. Sosiaalitutkimuksen perustat ja käytännöt. Helsinki: Tammer-Paino Oy.
- Ruotsalainen, P. 2000. Asiakaslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Kiikkala, I. & Nouko-Juvonen, S. & Ruotsalainen, P. (toim.) Hyvinvointivaltion palveluketjut. Tampere: Tammi.
- Saarenpää, A. 2010. Kansalainen, yksilö oikeudellisesti kaiken keskipisteenä. Teoksessa Laitinen, M. & Pohjola, A. (toim.) Asiakkuus sosiaalityössä. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press Oy Yliopistokustannus. 75–137.
- Salmi, A. 2012. Asiakaslähtöisyys sosiaalialan ammattihenkilöstön näkökulmasta. Tampereen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Tampere.
- Scrivens, E. 1995. Accreditation, protecting the professional or the consumer? State of Health. Open University Press. U.S.A.
- Sinervo, T. 2001. Takana muutosten ja laman aika, edessä uudet haasteet. Teoksessa Aaltio, A. & Lifländer, T. & Rouhiainen, N. (toim.) Edessä uudet haasteet – kokemuksia sosiaali- ja terveysalan kehittämishankkeista. Työelämän kehittämisohjelma. Raportteja 17. 5–10.
- Sosiaali- ja terveysministeriö, 2007. Ikäihmisen hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. Versio 4.6.2007.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008a. Ikääntyneiden palveluiden uudet konseptit. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:47. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden. Ikähoiva-työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:28. STM. Helsinki.
- Taival, A. 1998. The Older Person's Adaptation and the Promotion of Adaptation in Home Nursing Care. Acta Universitatis Tampensis 589. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Tedre, S. 1999. Hoivan sanattomat sopimukset. Tutkimus vanhusten kotipalvelun työntekijöiden työstä. Joensuun yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja. Nro: 40. Joensuu.
- Tenkanen, R. 2003. Kotihoidon yhteistyömuotojen kehittäminen ja sen merkitys vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Väitöskirja.

- Tenkanen, R. 2007. Sosiaalityö ja kotona asuvien vanhusten ongelmat. Teoksessa Sep-
pänen, M. & Karisto, A. & Kröger, T. (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö, so-
siaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Tepponen, M. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Kuopion yliopisto. Kuopion yli-
opiston julkaisuja. Yhteiskuntatieteet 171.
- Tepponen, P. 2003. Yli 75-vuotiaiden kotihoitoasiakkaiden palvelujen toteutuminen
pääkaupunkiseudulla. Tutkimus Espoon, Helsingin ja Vantaan kaupun-
geissa. Helsingin yliopisto. Väitöskirja.
- Topping, A. 2007. The Quantitative – Qualitative Continuum. Teoksessa Gerrish, K. &
Lacey, A. (toim.) The Research Process in Nursing. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
155–172.
- Treudhardt, H. 1995. Kahden kerroksen väkeä. Tutkimus vanhusten turvallisuuden ja
itseään määräämisoikeuden toteutumisesta vanhainkodissa. Joensuun yliopis-
to. Joensuu.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki:
Tammi.
- Vaarama, M. 1992. Vanhusten palvelujen tavoitteet ja todellisuus. Katsaus vanhusväes-
tön elinoloihin, palvelutarpeisiin ja sosiaali- ja terveystalouteen. Stakes.
Raportteja 48.
- Vaarama, M. & Kautto, M. 1999. Social Protection for the Elderly in Finland. Helsinki:
Stakes.
- Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukun-
nan (ETENE) raportti 2008. ETENE-julkaisuja. Vantaa.
- Virtanen, P. & Suonheimo, M & Lamminmäki, S. & Ahonen, P. & Suokas, M. 2011.
Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalouteen kehittämiseen.
Tekesin katsaus 281/2011. Helsinki: Tekes.
- Välikangas, K. 2009. Yhteisöllisyyttä, laatua ja vaihtoehtoja. Ikääntyneiden välimuotoi-
sen asumisen ratkaisuja Ruotsissa, Norjassa, Tanskassa ja Hollannissa.
Suomen ympäristö 13/2009. Ympäristöministeriö. Helsinki.

ALKUKARTOITUSKYSELY KOTIHOITOHENKILÖSTÖLLE

NIMI _____

NIMIKE _____

AMMATTIIN VALMISTUMIS VUOSI _____

1. VAHVUUTENI JA ERITYISOSAAMISENI KOTIHOITOTYÖSSÄ OVAT

2. NÄITÄ ASIOITA HALUAISIN ITSESSÄNI KEHITTÄÄ VIELÄ

3. MITÄ ODOTAT / TOIVOT MINULTA ESIMIEHENÄ?

4. AJATUKSIA JA IDEOITA KOTIHOIDON KEHITTÄMISEKSI

Vastauksia voit jatkaa kääntöpuolelle.

Vain vastaamalla voi vaikuttaa! Vastaukset tulen käsittelemään luottamuksellisesti. Näitä vastauksia käsitellään yhdessä tänä keväänä tapahtuvan keskustelun pohjana. **Palauta kysely viimeistään 21.2.2011 Ritvalle.**

palautus 28.5.2012

Vastaajan nimi _____
(voit tarvittaessa jatkaa vastauksia kääntöpuolelle)

1. Miten oma työsi on muuttunut viimeisen vuoden aikana?
2. Miten asiakkaiden / ikäihmisten palvelut ovat muuttuneet?
3. Miten olet kokenut tämän tyyppisen kehittämisprosessin?
4. Miten kehittämisprosessia pitäisi jatkaa?
5. Mitä muuta haluat tuoda esille?

**LEPPÄVIRRRAN KUNNAN KOTIHOIDON
TOIMINTA- JA MENETTELYTAPAOHJE**
– hyvän hoidon periaatteet

1) KUNNIOITAN ASIAKKAAN ARVOJA JA ELÄMÄNTAPOJA

- mahdollistan asiakkaan ja hänen läheistensä osallistumisen hoidon suunnitteluun ja päätöksentekoon
- säilytän asiakkaan itsemääräämisoikeuden; huomioin asiakkaan yksilölliset tarpeet, tottumukset, voimavarat ja mielipiteet
- kunnioitan asiakkaan yksityisyyttä – työskentelen toisen reviirillä
- huomioin asiakkaan toiveet puhuttelussa teitittely / sinuttelu
- kohtelen asiakkaita hienotunteisesti ja ystävällisesti
- kunnioitan elämänvakaumusta
- olen aidosti kiinnostunut asiakkaan asioista

TAVOITE: jokainen saa olla oma itsensä, omine tapoineen ja tottumuksineen

2) HUOMIOIN ASIAKKAAN ELÄMÄNTARINAN

- kunnioitan asiakkaan elämäkokemusta
- kuuntelen elämäntarinaa, tarvittaessa kirjaan elämäntarinatietoja osaksi hoitosuunnitelmaa kaikille hoitoon osallistuville tiedoksi, näin ymmärrän paremmin asiakkaan käyttäytymistä ja tapoja
- tiedostan, että jokaisen oma yksilöllinen elämäntarina vaikuttaa hänen tapaansa suhtautua ja käsitellä asioita
- ”kuuntelen herkällä korvalla”
- hoidan niin kuin toivoisin itseäni hoidettavan – olen ihminen ihmiselle

TAVOITE: jokaisen elämäntarinan merkitys ymmärretään osana tätä päivää

3) LUON TURVALLISET OLOSUHTEET KOTONA

Ympäristön turvallisuus ja tapaturmien ehkäisy:

- huomioin tarvittavat apuvälineet esim. liikkumisen apuvälineet, suihkujakkara, kahvat, korokkeet jne.
- turvapuhelin, ovihälytin, palovaroitin
- turvalliset jalkineet
- tarvittaessa huomioin asunnon muutostyöt esim. kynnysten poistaminen, liuskat jne. (moniammatillinen yhteistyö: fysioterapia, sosiaalityöntekijä)
- huomioin lääkkeiden säilytyksen ja lääkityksen
- huomioin asiakkaan hyvän ravitsemuksen – monipuolinen ravinto

Turvallinen olo:

- luon luottamuksellisen hoitosuhteen
- huomioin vaitiolovelvollisuuden

- omahoitajuus → kehitetään syksyllä 2012
- luon kiireettömän tunnelman auttamistyössä
- pidän kiinni sovituista käyntiajoista, jos tulee muutoksia, ilmoitan niistä
- teen yhteistyötä omaisten ja muiden hoitoon osallistuvien kanssa
- tiedotan kotiin annettavista avuista ja palveluista

TAVOITE: jokainen tuntee olonsa turvalliseksi kotonaan

4) EDISTÄN ASIAKKAAN OMATOIMISUUTTA

- ”en auta avuttomaksi” – yhteinen hoitolinja
- tuen asiakkaan jäljellä olevia voimavaroja ja tervettä puolta nykyisen kunnon ylläpitämiseksi
- avustan vain todellisen tarpeen mukaan (esim. pukeminen, peseytyminen)
- annan asiakkaalle aikaa tehdä itse
- rohkaisen, kannustan ja motivoin asiakasta omatoimisuuteen ja liikkumaan voimavarojensa mukaan

TAVOITE: jokaisen kyvyt itsenäiseen elämään kotona säilyvät mahdollisimman pitkään

5) KOHTAAN ASIAKKAAT TASA-ARVOISINA

- en erottele asiakkaita uskonnon, aatteen, elämäkatsomuksen, rodun, varallisuuden, yhteiskunnallisen aseman, vamman, sairauden tms. mukaan
- kohtaan asiakkaan aikuisena yksilönä
- otan todesta asiakkaan ongelmat, vaivat ja kivut
- käytän aikaa tasapuolisesti eri asiakkaille
- en näytä kiirettä

TAVOITE: jokainen kokee olevansa hyväksytty, saa mahdollisimman yksilöllisen ja laadukkaan hoidon

6) HUOLEHDIN OMASTA AMMATTITAITOSTANI

- osallistun mahdollisuuksien mukaan työnantajan järjestämiin koulutuksiin
- päivitän tietoja tilanteeni mukaan: kirjallisuus / oman alan uusi tieto
- jaan omaa osaamistani ja ammattitaitoa toisille / toinen toisiltamme oppiminen
- osallistun tarvittaessa työnohjaukseen
- huolehdin omasta ja työtoverini hyvinvoinnista
- pidän kunnostani huolta

TAVOITE: olen kiinnostunut omasta työstäni ja sen kehittamisestä, arvostan työyhteisössä kaikkien työpanosta ja erilaisia vahvuuksia